

Andrelise Viana Rosa Tomasi

**PROMOÇÃO DA SAÚDE DE MULHERES IDOSAS COM
INCONTINÊNCIA URINÁRIA: CUIDADO INTERDISCIPLINAR**

Dissertação de mestrado apresentada
ao Programa de Pós-Graduação em
Enfermagem do Centro de Ciências da
Saúde, da Universidade Federal de
Santa Catarina, como requisito para a
obtenção do Grau de Mestre em
Enfermagem.

Área de concentração: Filosofia e
Cuidado em Saúde e Enfermagem

Orientadora: Prof.^a Dra. Sílvia Maria
Azevedo dos Santos

Florianópolis
2015

Ficha de identificação da obra elaborada pelo autor,
através do Programa de Geração Automática da Biblioteca Universitária da UFSC.

Tomasi, Andrelise Viana Rosa

Promoção da saúde de mulheres idosas com incontinência
urinária : cuidado interdisciplinar / Andrelise Viana Rosa
Tomasi ; orientadora, Silvia Maria Azevedo dos Santos -
Florianópolis, SC, 2015.

133 p.

Dissertação (mestrado) - Universidade Federal de Santa
Catarina, Centro de Ciências da Saúde. Programa de Pós-
Graduação em Enfermagem.

Inclui referências

1. Enfermagem. 2. Idoso. 3. Incontinência Urinária. 4.
Fisioterapia. 5. Atenção Primária à Saúde. I. Santos, Silvia
Maria Azevedo dos. II. Universidade Federal de Santa
Catarina. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. III.
Título.

ANDRELISE VIANA ROSA TOMASI

**PROMOÇÃO DA SAÚDE DE MULHERES IDOSAS COM
INCONTINÊNCIA URINÁRIA: CUIDADO INTERDISCIPLINAR**

Essa DISSERTAÇÃO foi submetida ao processo de avaliação pela
Banca Examinadora para obtenção do Título de:

MESTRE EM ENFERMAGEM

e aprovada em 12 DE FEVEREIRO DE 2015, atendendo as normas da
legislação vigente da Universidade Federal de Santa Catarina, Programa
de Pós-graduação em Enfermagem, Área de Concentração: **Filosofia e
Cuidado em Saúde e Enfermagem.**



Dra. Vinia Marli Schubert Backes
Coordenadora do Programa

Banca Examinadora:



Dra. Angela Maria Alvarez
Presidente



Dra. Denise Maria Guerreiro Vieira da Silva
Membro (titular)



Dra. Melissa Orlandi Honório Locks
Membro (titular)



Dra. Geslani Júlia da Silva Honório
Membro (titular)

AGRADECIMENTOS

Inicialmente agradeço a Deus, por ser meu guia e protetor, nos momentos de angústia.

*À toda minha família, em especial aos meus pais, **Ayrton e Rosane**, por toda a educação, apoio e incentivo em todos os momentos. A minha irmã **Renata** e ao meu cunhado Clésio, por entenderem minha ausência em alguns momentos, para me dedicar integralmente a essa pesquisa. Amo vocês!*

*Ao meu grande amor **Fabricio**, por sua paciência e compreensão! Meu incentivador e companheiro durante toda essa jornada. Por estar sempre ao meu lado, nas minhas escolhas e desafios. Obrigada amor, você é tudo na minha vida. Eu te amo!*

Aos meus sogros Sadir e Maria da Graça, a minha cunhada Juliane e aos meus cunhados Norton e Lucas, os quais me apoiaram e incentivaram nessa trajetória.

À minha orientadora Dra. Silvia Maria Azevedo dos Santos, pelo apoio, dedicação, e incentivo constante. Por todo o encorajamento, e por acreditar que tudo seria possível. Agradeço imensamente pelas longas orientações em sua casa, mesmo estando afastada, não me abandonou. Muito obrigada pela confiança, sou eternamente grata!

Aos membros do GESPI, agradeço toda a ajuda compartilhada, discussões e sugestões durante as reuniões de grupo, em especial a Rafaela Valcarengi e Kelly Maciel, o apoio de vocês durante a coleta de dados foi essencial.

Às minhas colegas da turma de mestrado, em especial a Fernanda Pires e Thais Pereira, pelos desafios enfrentados durante as disciplinas cursadas. Desejo que nossa amizade continue por muitos e muitos anos.

À Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), pelo apoio financeiro, possibilitando maior dedicação para a realização desse trabalho.

Ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina e a todos os professores, pelo ensino de excelência e conhecimento compartilhado nesses dois anos.

À Secretaria de Saúde do Município de Florianópolis/SC, especialmente à enfermeira Elizimara e ao fisioterapeuta Erádio, por me apoiarem na entrada de campo para iniciar a coleta de dados.

À enfermeira Fernanda Paese, coordenadora do DS do Centro, por ceder um espaço nas reuniões mensais dos enfermeiros para realização das minhas oficinas temáticas.

À todas as enfermeiras e aos fisioterapeutas que participaram da minha pesquisa, pela disponibilidade e confiança, as contribuições foram valiosas durante esse estudo.

Às professoras, Dra. Karina Silveira de Almeida Hammerschmidt, Dra. Melissa Orlandi Honório Locks, Dra. Jordelina Schier, Dra. Gesilani Júlia da Silva Honório, pelas contribuições e sugestões no exame de qualificação para a concretização desta pesquisa. Às colegas Michelle Durand, Simony Nunes e Adriana Luzardo pelo apoio nessa etapa.

Aos membros da banca de sustentação, Dra. Angela Maria Alvarez, Dra. Rosemeiry Capriata de Souza Azevedo, Dra. Denise Maria Guerreiro Vieira da Silva, Dra. Gesilani Júlia da Silva Honório, Dra. Melissa Orlandi Honório Locks e a Doutoranda Kelly Maciel Silva, pela disponibilidade e contribuições.

Meus sinceros agradecimentos enfim, a todos que contribuíram, direta ou indiretamente, para a concretização desse sonho, me tornar Mestre!

RESUMO

A Incontinência Urinária é um agravo na saúde que pode ocorrer na população idosa, não significando uma condição normal do processo do envelhecimento. No entanto, entre essa população, as mulheres idosas são as mais acometidas de perdas urinárias involuntárias, o que acarreta problemas emocionais, retração social, nas atividades físicas, entre outros. Assim, este estudo objetivou conhecer como os fisioterapeutas e enfermeiros cuidam de mulheres idosas com incontinência urinária na Atenção Primária de Saúde, e desenvolver com os fisioterapeutas e enfermeiros uma proposta de cuidado às mulheres idosas com incontinência urinária para a promoção da saúde. Trata-se de uma pesquisa com abordagem qualitativa, do tipo convergente-assistencial, com suporte teórico na Promoção da Saúde. Os dados foram coletados entre agosto e outubro de 2014 através das seguintes técnicas: entrevistas semiestruturadas com quatorze fisioterapeutas e dez enfermeiros, além de três oficinas temáticas com os mesmos. A análise dos dados envolveu processos de apreensão, síntese, teorização e transferência, conforme proposto pela pesquisa convergente-assistencial e, a partir dela, emergiram quatro eixos temáticos: Invisibilidade do idoso e da incontinência urinária; Como assistir mulheres idosas com incontinência urinária; Percepção dos profissionais acerca da incontinência urinária em mulheres idosas; e A concepção de uma proposta de cuidado à mulher idosa com incontinência urinária. Os resultados deste estudo apontaram que os fisioterapeutas e enfermeiros atendem os idosos com foco apenas na doença que eles possuem ou na queixa que trazem na consulta, não os assistindo de forma integral numa perspectiva gerontológica. Em relação aos cuidados das mulheres idosas com incontinência urinária, verificou-se que essa condição não é investigada e, quando essa queixa ocorre, não é tratada dentro da atenção primária de saúde. Também ficou evidenciada nas falas dos informantes deste estudo a falta de conhecimento de alguns profissionais em relação aos cuidados requeridos para tratar a incontinência urinária. A partir das oficinas temáticas, pode-se destacar que os profissionais se sensibilizaram com a problemática da incontinência urinária, além de conseguirem refletir de maneira multiprofissional sobre estratégias de cuidado possíveis para as mulheres idosas com sintomas urinários. Por fim, verificou-se que é preciso maior investimento em capacitações permanentes dos profissionais da atenção primária de saúde para que possam prestar cuidados gerontologicamente sensíveis. Dessa forma,

agravos como as perdas urinárias involuntárias poderão ser tratados na perspectiva da promoção da saúde com vistas ao autocuidado.

Palavras-chave: Idoso. Incontinência Urinária. Fisioterapia. Enfermagem. Atenção Primária à Saúde.

ABSTRACT

Urinary incontinence is a health problem that may occur in the elderly population, but it does not mean a normal condition of the aging process. Nonetheless, among this population, elderly women are the most affected by involuntary urine losses, which entails emotional problems, isolation from society and from physical activities, among others. Accordingly, this study was aimed at knowing how physiotherapists and nurses perform the care of elderly women with urinary incontinence in Primary Health Care, besides developing, together with physiotherapists and nurses, a care proposal toward elderly women with urinary incontinence in order to promote health. This is a research with qualitative approach, typified as convergent-assistential, with theoretical support in Health Promotion. Data were collected between August and October 2014 through the following techniques: semi-structured interviews with fourteen physiotherapists and ten nurses, in addition to three thematic workshops with them. Data analysis has involved processes of seizure, synthesis, theorization and transference, as proposed by the convergent-assistential research, and, from it, four thematic axes were produced: Invisibility of the elderly person and of the urinary incontinence; How to take care for elderly women with urinary incontinence; Perception of professionals about urinary incontinence in elderly women; and the Conception of a care proposal toward elderly women with urinary incontinence. The results of this study pointed that physiotherapists and nurses take care of elderly people with focus only on the disease that they have or on the complaint that they present during consultation, thereby failing to watch them comprehensively in a gerontological perspective. Regarding the care of elderly women with urinary incontinence, it was found that this condition is not investigated and, where this complaint occurs, it is not treated within the Primary Health Care. The lack of knowledge of some professionals regarding the care required to treat urinary incontinence was also emphasized in the speeches of informants of this study. From the thematic workshops, one can highlight that the professionals are sensitized to the issue of urinary incontinence, as well as that they manage to reflect in a multidisciplinary way on possible care strategies for elderly women with urinary symptoms. Finally, it was found that there is need for greater investment in permanent training of primary health care professionals, in order to make them able to provide a sensitive gerontological care. That way, problems such as involuntary

urine losses may be treated in the perspective of health promotion with a view to achieving self-care.

Keywords: Aged. Urinary Incontinence. Physical Therapy Specialty. Nursing. Primary Health Care.

RESUMEN

La Incontinencia Urinaria es un agravio en la salud que puede ocurrir en la población anciana, no significando una condición normal del proceso de envejecimiento. Sin embargo, entre esa población, las mujeres ancianas son las más acometidas de pierdas urinarias involuntarias, lo que resulta en problemas emocionales, retracción social, en las actividades físicas, entre otros. Así, este estudio tuvo como objetivo conocer como los fisioterapeutas y enfermeros cuidan de mujeres ancianas con incontinencia urinaria en la Atención Primaria de Salud, y desarrollar con los fisioterapeutas y enfermeros una propuesta de cuidado a mujeres ancianas con incontinencia urinaria con vistas a la promoción de la salud. Se trata de una pesquisa con abordaje cualitativa, del tipo convergente-asistencial, con soporte teórico en la Promoción de la Salud. Los datos fueron colectados entre agosto y octubre de 2014 a través de las siguientes técnicas: entrevistas semiestructurada con catorce fisioterapeutas y diez enfermeros, además de tres talleres temáticos con los mismos. El análisis de los datos implicó procesos de aprehensión, síntesis, teorización y transferencia, conforme propuesto por la investigación convergente-asistencial y, a partir de ella, emergieran cuatro ejes temáticos: Invisibilidad del anciano y de la incontinencia urinaria; Como asistir mujeres ancianas con incontinencia urinaria; Percepción de los profesionales acerca de la incontinencia urinaria en mujeres ancianas; y la concepción de una propuesta de cuidado a mujer anciana con incontinencia urinaria. Los resultados de este estudio apuntarán que los fisioterapeutas y enfermeros atienden los ancianos con foco apenas en la enfermedad que ellos tienen o en la queja que traen en la consulta, dejando de asistirlos de manera integral en una perspectiva gerontológica. En relación a los cuidados de las mujeres ancianas con incontinencia urinaria, se verificó que esa condición no es investigada y, cuando esa queja ocurre, no es tratada dentro de la atención primaria de salud. También se quedó evidenciada en las hablas de los informantes de este estudio a falta de conocimiento de algunos profesionales en relación a los cuidados requeridos para tratar la incontinencia urinaria. A partir de los talleres temáticos, se puede destacar que los profesionales se sensibilizaron con la problemática de la incontinencia urinaria, además de consiguieron reflejar de manera multiprofesional sobre estrategias de cuidado posibles para las mujeres ancianas con síntomas urinarios. Por fin, se verificó que es necesario mayor investimento en capacitaciones permanentes de los profesionales de la atención primaria de salud para que puedan prestar cuidados

gerontológicamente sensibles. Así, agravios como las pérdidas urinarias involuntarias podrán ser tratados en la perspectiva de la promoción de salud con vistas al autocuidado.

Palabras clave: Anciano. Incontinencia Urinaria. Fisioterapia. Enfermería. Atención Primaria de Salud.

LISTA DE FIGURAS

Figura 01 - Eixos temáticos e categorias que emergiram dos dados do primeiro manuscrito	64
Figura 02 - Eixos temáticos e categorias que emergiram dos dados do segundo manuscrito	65

LISTA DE QUADROS

Quadro 01- Divisão dos Distritos Sanitários por Centro de Saúde no Município de Florianópolis 52

Quadro 02- Caracterização dos enfermeiros e fisioterapeutas participantes do estudo 66

MANUSCRITO 2

Quadro1- Orientações que poderão ser realizadas dentro da APS 101

Quadro 02 - *Folder* elaborado pelos participantes da oficina temática, em relação à IU 102

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACS	Agente Comunitário de Saúde
APS	Atenção Primária de Saúde
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CC	Circunferência da Cintura
CS	Centro de Saúde
DM	Diabetes Mellitus
DS	Distrito Sanitário
ESF	Estratégia de Saúde da Família
GESPI	Grupo de Estudos sobre Cuidado à Saúde de Pessoas Idosas
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica
ICS	<i>International Continence Society</i>
IMC	Índice de Massa Corporal
INCA	Instituto Nacional de Câncer
IU	Incontinência Urinária
IUE	Incontinência Urinária de Esforço
IUGA	<i>International Urogynecological Association</i>
IUU	Incontinência Urinária de Urgência
LILACS	Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde
MS	Ministério da Saúde
NASF	Núcleo de Apoio a Saúde da Família
OMS	Organização Mundial da Saúde
PNPS	Política Nacional de Promoção da Saúde
PSF	Programa de Saúde da Família
SC	Santa Catarina
SCIELO	<i>Scientific Electronic Library Online</i>
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UFSC	Universidade Federal de Santa Catarina
UPA	Unidade de Pronto Atendimento

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	21
2 OBJETIVO	27
2.1 OBJETIVOS GERAIS	27
3 REVISÃO NARRATIVA DA LITERATURA	29
3.1 ENVELHECIMENTO FEMININO E INCONTINÊNCIA URINÁRIA	29
3.2 ASSISTÊNCIA FISIOTERAPÊUTICA E DA ENFERMAGEM A MULHERES IDOSAS COM IU	35
3.3 O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE E AS POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE DO IDOSO	39
4 REFERENCIAL TEÓRICO.....	43
4.1 PROMOÇÃO DA SAÚDE	43
4.2 PRESSUPOSTOS	47
4.3 MARCO CONCEITUAL.....	47
5 METODOLOGIA	51
5.1 TIPO DE ESTUDO	51
5.2 LOCAL DO ESTUDO	52
5.3 PARTICIPANTES DO ESTUDO	53
5.4 COLETA DE DADOS	54
5.5 ANÁLISE DOS DADOS	59
5.6 ASPECTOS ÉTICOS	60
6 RESULTADOS.....	63
6.1 MANUSCRITO 1: ATENÇÃO PRIMÁRIA E OS DESAFIOS PARA FISIOTERAPEUTAS E ENFERMEIROS ASSISTIREM MULHERES IDOSAS COM INCONTINÊNCIA URINÁRIA	67
6.2 MANUSCRITO 2: INCONTINÊNCIA URINÁRIA EM MULHERES IDOSAS: REFLEXÃO ACERCA DA PROMOÇÃO DA SAÚDE COM VISTAS AO AUTOCUIDADO	87
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	109
REFERÊNCIAS	113

APÊNDICE A – ROTEIRO DA ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA PARA OS ENFERMEIROS 125

APÊNDICE B – ROTEIRO DA ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA PARA OS FISIOTERAPEUTAS 127

APÊNDICE C – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO 129

ANEXO A - PARECER CONSUBSTANCIADO DO COMITÊ DE ÉTICA..... 131

1 INTRODUÇÃO

O envelhecimento populacional é um processo irreversível, que vem ocorrendo em muitos países, inclusive no Brasil. O crescimento desse segmento da população se deve em especial a dois processos: o declínio da taxa de fecundidade e a redução da mortalidade. A queda da taxa de fecundidade modificou a distribuição etária da população, resultando em uma redução da base da pirâmide populacional. A redução da mortalidade possibilitou a ampliação da expectativa de vida e o viver por mais tempo, favorecendo o surgimento de doenças até então desconhecidas, chamadas de idade-dependentes. Tais alterações provocaram e, ainda provocam, mudanças no cenário político, sociocultural e da saúde, repercutindo especialmente na qualidade de vida dos idosos, além de alargar o topo da pirâmide populacional (OPAS, 2005; CAMARANO, 2006).

Junto com a transição demográfica que está ocorrendo na população brasileira, aconteceu também a transição epidemiológica, isto é, o perfil de doenças da população mudou de modo significativo. Esse fenômeno provocou a necessidade de uma reorganização do sistema de saúde, visto que as doenças infectocontagiosas diminuíram, mas aumentaram os agravos crônico-degenerativos, principalmente na população idosa, uma vez que esta população exige cuidados que vão se complexificando com o avançar da idade (NASRI, 2008).

Outro aspecto importante é o significativo aumento das doenças crônicas não transmissíveis que são as principais causas de mortes no mundo e têm gerado elevado número de mortes prematuras, perda de qualidade de vida com alto grau de limitação nas atividades de trabalho e de lazer, além de impactos econômicos para as famílias, comunidades e a sociedade em geral. Apesar do rápido crescimento das doenças crônicas, seu impacto pode ser revertido por meio de intervenções amplas de promoção da saúde para redução de seus fatores de risco, além de melhoria da atenção à saúde, detecção precoce e tratamento oportuno (NASRI, 2008; BRASIL, 2011a).

Como nos outros países, no Brasil as doenças crônicas se constituem como o problema de saúde de maior magnitude. São responsáveis por 72% das causas de mortes, com destaque para as doenças do aparelho circulatório, câncer, diabetes e doença respiratória crônica, atingindo indivíduos de todas as classes socioeconômicas e, de forma mais intensa, àqueles pertencentes a grupos vulneráveis, como os idosos (BRASIL, 2011a).

Frente ao exposto, verifica-se a crescente necessidade de atenção à saúde do idoso que lhe permita manter ou reabilitar sua independência e autonomia. A saúde do idoso está relacionada com a sua funcionalidade global, definida como a capacidade de gerir sua própria vida ou ter condições de cuidar de si mesmo. O idoso é considerado saudável quando é capaz de viver independente e de forma autônoma, mesmo apresentando doenças (MORAES; MARINO; SANTOS, 2010).

Nesse contexto, a Gerontologia tem sido considerada como especialidade de importância fundamental e em franca expansão, pois vem contribuindo muito para construção do conhecimento do processo de envelhecimento da população, o que implica na identificação precoce das situações de risco para a fragilização, isto é, risco de perda da capacidade funcional, da autonomia e independência. Além disto, contribuiu para consolidação de medidas de promoção da saúde em todos os níveis de atenção, dando destaque à prática do trabalho em equipe interdisciplinar. Portanto, os profissionais da saúde, devem estar preparados para assistir a população que está envelhecendo e os longevos, pois o envelhecimento é marcado por múltiplas alterações, que ocorrem de maneira diferenciada em maior ou menor intensidade (MOTTA; AGUIAR, 2007; LOURENÇO, 2008).

Com isso, a promoção da saúde, é um modo de pensar e de se organizar, junto às demais políticas e tecnologias desenvolvidas no sistema de saúde brasileiro, possibilitando o enfoque nos aspectos que determinam o processo saúde-doença. Os serviços de saúde estimulam as ações de promoção da saúde como os hábitos saudáveis de alimentação e vida, a prática de atividades físicas, as campanhas contra o uso de tabaco e de bebida alcoólica, cuidados especiais voltados ao processo de envelhecimento, entre outros. Estes serviços devem estimular as ações que possibilitam responder às necessidades sociais em saúde. Dessa maneira, as práticas educativas no Sistema Único de Saúde (SUS) são meios de empoderamento que ajudam a enfrentar situações individuais e coletivas que interferem na qualidade de vida da população (BRASIL, 2006e).

Uma das condições que interferem na saúde da população e, de maneira especial, os idosos são os problemas identificados como os 7 “Is” da geriatria, isto é, síndromes independentemente de doenças específicas, denominadas os gigantes da geriatria, que são: imobilidade, instabilidade postural, incapacidade cognitiva, iatrogenia, incapacidade comunicativa, insuficiência familiar e incontinência urinária (MORAIS; MARINO; SANTOS, 2010).

Dentre essas síndromes no presente estudo iremos destacar a **incontinência urinária**¹ (IU) por ser uma das síndromes que gera impacto importante na qualidade de vida dos idosos, com repercussões físicas e sociais, sendo considerado como um problema higiênico (LOPES; HIGA, 2006). Portanto, a perda urinária é um problema que afeta milhões de pessoas de qualquer idade no mundo todo, mas de forma mais acentuada os idosos, comprometendo a autoimagem, as atividades sociais, familiares, profissionais e sexuais. Dessa maneira, a IU promove isolamento social e estresse emocional, associado ou não à sensação de inferioridade e depressão (BRASIL, 2007; MORAES; MARINO; SANTOS, 2010).

O sintoma da IU é considerado um problema normal da idade por muitos idosos, alguns têm vergonha de contar e outros nem mencionam, por acreditarem que não há cura ou forma de minimizar o problema. Por outro lado, alguns profissionais da saúde reconhecem a IU como um sintoma, mas não investigam sua presença, por não estarem preparados e habilitados a tratá-la (HIGA et al., 2010; FIGUEIREDO et al., 2012; CHAIMOWICZ, 2013).

A prevalência da IU em mulheres é maior do que nos homens, aproximadamente de 20 a 35% entre as mulheres na população de idosos. A ocorrência da IU dá-se especialmente entre os 50 e 75 anos. A principal alteração que ocorre nas mulheres idosas é a redução da pressão máxima de fechamento uretral, consequência de dados secundários a partos, cirurgias, radiação, tabagismo, obesidade, distúrbios neurológicos, redução da vascularização, e a diminuição dos níveis de estrogênio, que contribuem para condição de continência (BRASIL, 2007; HIGA; LOPES; REIS, 2008; MENEZES et al., 2012).

Para minimizar a perda urinária, existem alguns tipos de tratamento, invasivos ou conservadores, que profissionais da saúde podem oferecer, são eles: intervenção cirúrgica, terapia medicamentosa e o tratamento conservador. O procedimento cirúrgico gera custo elevado, podendo ocasionar complicações e recidivas, pacientes idosos apresentam riscos que se acentuam não apenas pela complexidade do ato cirúrgico, mas também, em função de sua condição clínica, uma vez que a perda funcional progressiva em diversos sistemas orgânicos vão se acumulando com o decorrer dos anos (MACHADO et al., 2008).

¹ Incontinência Urinária (IU) é definida pela International Continence Society (ICS) e pela International Urogynecological Association (IUGA) como queixa de qualquer perda involuntária de urina (HAYLEN et al., 2010).

A terapia medicamentosa, uma vez iniciada, não deve ser interrompida e ainda pode causar efeitos colaterais. Por esses motivos, atualmente vem aumentando o interesse por tratamentos mais conservadores como o treinamento muscular do assoalho pélvico e as orientações comportamentais, que podem ser conduzidos pelos profissionais da fisioterapia e/ou pelos enfermeiros. Portanto, esses tratamentos conservadores têm se mostrado eficazes e passaram a ser recomendados como opção de primeira linha (CALDAS et al., 2010; SOUSA et al., 2011; PINHEIRO et al., 2012).

Para implementação do tratamento conservador para a IU cabe aos fisioterapeutas e enfermeiros apropriarem-se das técnicas e conhecimentos existentes. A atuação desses profissionais poderá ser voltada para o ensino do autocuidado, pois apresenta resultados positivos na prática, podendo ser desenvolvido em nível ambulatorial, hospitalar, centros de saúde e nos domicílios (HONÓRIO; SANTOS, 2010). Esse tratamento é idealmente viabilizado pelos profissionais da saúde em abordagem interdisciplinar, permitindo a sinergia de habilidades para promover uma assistência mais completa.

Desse modo, torna-se essencial a investigação da IU junto à população idosa desde a atenção primária, pois isto possibilita detecção e tratamento precoce, diminuição do agravamento dos sintomas e melhora da qualidade de vida com vistas à promoção da saúde. Para isso os enfermeiros podem realizar esse trabalho de busca desse agravo, por serem esses profissionais que tem o primeiro contato com a população nos centros de saúde. Após essa detecção podem fornecer informações sobre os cuidados em relação às perdas urinárias, e quando perceberem a gravidade dos sintomas, poderão trabalhar/encaminhar para os fisioterapeutas para dar suporte em outros tipos de tratamentos existentes, como os exercícios do assoalho pélvico, uso de cones vaginais, eletroestimulação, entre outros tratamentos conservadores.

Diante disso, as políticas públicas têm focado fortemente na atenção primária, ampliando a entrada de profissionais de diversas áreas, pois esses podem contribuir de forma bastante significativa para a promoção da saúde, prevenção de agravos, além da reabilitação da IU em mulheres idosas (AVIEIRO et al., 2011).

Como profissional da fisioterapia, atendi mulheres idosas com IU em clínicas particulares e em domicílio e percebi a importância do tratamento conservador para o cuidado e minimização dos sintomas da IU. Desde minha graduação, durante o estágio supervisionado em uroginecologia, no trabalho de conclusão de curso, e após a finalização desse ingresso em curso de especialização nessa área. Com minha

inserção no Grupo de Estudos sobre Cuidado a Saúde de Pessoas Idosas (GESPI), em 2010, notei a importância do trabalho com outros profissionais da área da saúde. Dessa forma, ao ter que definir meu projeto de pesquisa para o desenvolvimento da dissertação de mestrado percebi que a perspectiva interdisciplinar era viável para desenvolver meu estudo, cujo foco era refletir sobre maneiras de diminuir os sintomas oriundos da IU na população idosa.

Com a pesquisa convergente-assistencial (PCA), busca-se espaço entre a pesquisa e assistência, alternativas para minimizar ou solucionar os problemas cotidianos em saúde. Esse tipo de estudo provoca o compromisso de beneficiar o contexto assistencial durante o processo investigativo (TRENTINI; PAIM, 2004). Os enfermeiros e fisioterapeutas apresentam um papel importante dentro da Atenção Primária de Saúde (APS), podendo promover cuidados em relação à IU, informando e direcionando tratamentos conservadores, para minimizar ou solucionar os problemas com a perda urinária.

Diante do exposto e sabendo que a IU é uma alteração não inerente ao processo de envelhecimento entendo como desafio o cuidado de idosos, em especial, as mulheres idosas que sofrem de IU, uma vez que são as mais acometidas por esse agravo. Assim, construí a seguinte **pergunta de pesquisa**: Como os profissionais fisioterapeutas e enfermeiros cuidam e quais suas reflexões para o cuidado a mulheres idosas com incontinência urinária com vistas a promoção da saúde?

Para dar embasamento a este estudo, utilizei a promoção da saúde, como um modelo conceitual e operacional no processo de cuidar de mulheres idosas com IU para se autocuidarem, refletindo na melhoria de sua qualidade de vida. Com isso, justifico a relevância deste estudo, especialmente porque o mesmo foi desenvolvido na atenção primária de saúde (APS) através de um trabalho interdisciplinar utilizando estratégias da educação em saúde. Dessa maneira, foi possível trabalhar de forma mais efetiva a promoção da saúde e o bem-estar das mulheres idosas que sofrem de IU.

2 OBJETIVO

2.1 OBJETIVOS GERAIS

Conhecer como os fisioterapeutas e enfermeiros cuidam de mulheres idosas com incontinência urinária na Atenção Primária de Saúde.

Desenvolver com os fisioterapeutas e enfermeiros, uma proposta de cuidado às mulheres idosas com incontinência urinária com vistas a promoção da saúde no âmbito da Atenção Primária de Saúde.

3 REVISÃO NARRATIVA DA LITERATURA

Para conhecer os estudos que abordam a ocorrência de incontinência urinária no envelhecimento e compor uma revisão narrativa da literatura foram realizadas buscas no período de março/2013 a outubro/2014, nas seguintes bases de dados: Scientific Electronic Library Online (SCIELO), Literatura Latino-Americana em Ciências da Saúde (LILACS) e Medline/Pubmed. Os artigos foram selecionados a partir dos seguintes descritores: envelhecimento (*aging/envejecimiento*), idoso (*aged/anciano*), incontinência urinária (*urinary incontinence/incontinencia urinaria*), fisioterapia (*physical therapy specialty/ fisioterapia*), enfermagem (*nursing/enfermería*), atenção primária à saúde (*primary health care/atención primaria de salud*), assistência (*assistance/asistencia*) e políticas públicas (*public policies/políticas públicas*). Para apresentar os resultados dessa revisão optou-se por organizá-los em três grandes tópicos, quais sejam: envelhecimento feminino e incontinência urinária; assistência fisioterapêutica e da enfermagem a mulheres idosas com IU; e o sistema único de saúde e as políticas públicas de saúde do idoso.

3.1 ENVELHECIMENTO FEMININO E INCONTINÊNCIA URINÁRIA

A IU é um achado comum e, muitas vezes, erroneamente interpretada como parte natural do envelhecimento. Dessa forma, apesar de ser uma das doenças crônicas mais prevalentes, com frequência não é investigada pelos profissionais da área da saúde. As perdas urinárias involuntárias ocorrem em mulheres de várias faixas etárias, mas com maior prevalência em idosas, sendo responsável por causar inúmeros transtornos à qualidade de vida das mesmas. Contudo o envelhecimento por si só não é a causa de IU, mas induz algumas mudanças funcionais e estruturais no sistema urinário, que podem predispor à incontinência (HUANG et al., 2006; ANGER et al., 2007; SOUSA et al., 2010).

Durante o processo de envelhecimento da mulher, o trato urinário inferior sofre modificações, podendo contribuir para o aumento da prevalência da IU. Isso se deve às alterações hormonais que podem levar à hipotrofia, ou seja, há uma diminuição da estabilidade e da força de contração da musculatura do assoalho pélvico. Um estudo com cadáveres femininos concluiu que, com o avançar da idade, ocorre uma diminuição no número e densidade das fibras da musculatura lisa e estriada da uretra. Ocorre também a diminuição do colágeno nas fâscias

e ligamentos que sustentam a bexiga e a uretra na sua posição ideal, e tais processos afetam de maneira efetiva o processo de continência (BØ; SHERBURN, 2005; DANFORTH et al., 2006; CLOBES; DE LANCEY; MORGAN, 2008).

Outro estudo explica que, devido à deficiência de estrógenos provocada pela menopausa, ocorre a diminuição na contração dos músculos do assoalho pélvico e a redução da pressão máxima de fechamento uretral, provocando a perda involuntária de urina mediante esforços, sendo classificada como incontinência urinária de esforço ² (IUE). Já a incontinência urinária de urgência ³ (IUU) ocorre quando há alterações devido a presença de contrações do músculo detrusor, durante a fase de enchimento vesical, desencadeadas de forma objetiva e sem inibição recíproca pela paciente. Em estudo realizado, ao analisar mulheres incontinentes com idade de 18 a 79 anos, os autores perceberam que o avanço da idade aumenta a prevalência do IUU e IUE (BARROS; LUCENA; ANSELMO, 2007; ANDERSON et al., 2004).

A IU é um problema de Saúde Pública, mas poucos são os estudos sobre a prevalência de IU no Brasil. Acredita-se que, no cenário nacional, a IU afete cerca de 30% das mulheres idosas que vivem na comunidade e até 50% nas que residem em instituições de longa permanência. Muitas vezes, essas mulheres convivem com estes sintomas como algo intrínseco ao envelhecimento, não percebendo o quanto afetam sua qualidade de vida (BERLEZI et al., 2009; LOUREIRO et al., 2011; PITANGUI; SILVA; ARAÚJO, 2012). Foi realizada por Locks (2013) uma pesquisa com idosas hospitalizadas em uma capital do Sul do Brasil sobre a prevalência da ocorrência de IU, e identificou-se que 70,16% das idosas relataram perder urina sem que houvesse qualquer registro em seus prontuários, e nunca esse agravo tinha sido investigado por algum profissional da saúde. As idosas relataram, ainda, que já possuíam IU havia, pelo menos, três anos antes dessa hospitalização.

² Incontinência Urinária de Esforço (IUE) – queixa de perda involuntária de urina via uretral durante um esforço como correr, levantar peso, rir, espirrar, ou seja, quando há um aumento da pressão intrauretral, na ausência da contração do detrusor (BARACHO, 2002; HAYLEN et al., 2010).

³ Incontinência Urinária de Urgência (IUU) – queixa de perda involuntária de urina associada à urgência, que acontece juntamente com o desejo impetuoso de urinar e é acompanhada da contração do músculo detrusor (FLAUZINO; VIDEIRA, 2006; HAYLEN et al., 2010).

Tamanini et al. (2009) realizaram pesquisa com 2.143 pessoas a partir de 60 anos, que residiam na comunidade em uma capital da Região Sudeste do Brasil, e encontraram uma prevalência da IU de 26,2% nas mulheres. Verificaram, também, que a ocorrência da IU aumenta com o avançar da idade e pode estar relacionada com obesidade, depressão, diabetes mellitus e limitação funcional importante. Esses achados corroboram com a pesquisa de Rosa et al. (2014), sendo estudo realizado em uma capital da Região Sul com 401 indivíduos com idade superior a 65 anos, de ambos os sexos, e encontraram uma prevalência da IU de 32,2%. Em relação ao sexo, 37,9% eram mulheres e 15,5% homens. Ainda destacaram que os indivíduos entre as idades de 65 e 69 apresentaram uma IU mais leve, e os de 90 a 99 anos, IU mais grave, com piora na qualidade de vida.

Estudo realizado recentemente nas unidades de saúde da Prefeitura do Município de Porto Alegre, com 270 mulheres idosas, verificou uma prevalência de IU de 60%. As mulheres incontinentes relataram perder urina quando tossiam, riam, espirravam e por não chegarem a tempo ao banheiro (LANGONI et al., 2014).

A IU, especialmente nas mulheres idosas, tem sido frequentemente subestimada e negligenciada por parte dos profissionais de saúde. Muitas vezes isso se deve à falta de informações acerca dos determinantes desse agravo, de suas consequências, das intervenções relativas ao seu tratamento e cuidado. Embora a IU seja considerada um dos “gigantes da geriatria”, dada as suas implicações negativas sobre a qualidade de vida dos indivíduos afetados, sobre seus cuidadores e sobre os sistemas de saúde em várias partes do mundo, ainda assim, permanece subdiagnosticada e subtratada (LOUREIRO et al., 2011; SILVA; OLIVA, 2011; MACIEL, 2011).

Para as mulheres, a perda urinária é considerada um “tabu”, assunto que deve ser escondido, obstáculo nas interações interpessoais e sociais, ou mesmo um estigma que impede a busca de tratamento. Estudo aponta que 79% das brasileiras não procuram por ajuda médica para tratar a IU. Um dos principais motivos alegados é porque consideram o problema urinário irrelevante e demonstram desvalorização desse sintoma. Atitudes que impedem a realização do diagnóstico e tratamento precoce agravam os sintomas, prejudicam o desempenho sexual, ocupacional, social e interferem negativamente na qualidade de vida (HIGA; LOPES, 2007a; 2007b).

Alguns **fatores estão associados ao risco** de desenvolvimento da IU em mulheres, tais como: número de gestações, tipos de partos, episiotomia, cirurgias ginecológicas, climatério, menopausa, reposição

hormonal, Hipertensão Arterial Sistêmica, Diabetes Mellitus, obesidade, constipação intestinal, tabagismo, álcool, ingestão de líquido cafeinado, sedentarismo e os exercícios de alto impacto (PEREIRA; BACHION, 2005; SONG et al., 2005; MOGHADAS et al., 2005; MARINHO et al., 2006; SAKONDHAVAT et al., 2007; FIGUEIREDO et al., 2008; HIGA; LOPES; REIS, 2008; MOURÃO et al., 2008; TOWNSEND et al., 2008; OLIVEIRA et al., 2010; OLIVEIRA; GARCIA, 2011; PITANGUI; SILVA; ARAÚJO, 2012; ALMEIDA; MACHADO, 2012).

Durante a **gestação**, ocorre alteração anatômica pela sobrecarga no assoalho pélvico, com aumento da pressão intra-abdominal, o que pode predispor IU. Nesse sentido, o número elevado de gravidezes pode ser causa importante e contribui para o desenvolvimento da IU (PEREIRA; BACHION, 2005; FIGUEIREDO et al., 2008).

O **parto vaginal** está associado com o aumento dos casos de IU, pois durante a passagem do feto podem ocorrer danos à musculatura e inervação local, com o uso de fórceps e/ou episiotomias, gerando um parto mais traumático. Portanto, quando comparado com o parto cesáreo, o parto vaginal isoladamente não é o causador da IU e sim quando associado às lesões ou traumas do assoalho pélvico e a outros fatores de risco (OLIVEIRA et al., 2010; OLIVEIRA; GARCIA, 2011).

Os **procedimentos cirúrgicos ginecológicos** aos quais as idosas são submetidas com maior frequência são a histerectomia e perineoplastia. As mulheres submetidas à histerectomia têm grandes chances de apresentar IU, pois a retirada do útero altera a estática pélvica, comprometendo o bom funcionamento da musculatura do assoalho pélvico, podendo causar danos na sustentação da bexiga e da uretra, e ser responsável pelo aumento da prevalência da mesma (MØLLER; LOSE; JØRGENSEN, 2000).

Culturalmente, as mulheres de um modo geral acreditam na normalidade do aparecimento da perda urinária durante o **climatério** e depois da **menopausa**. Durante esse período ocorre diminuição dos níveis de estrogênio responsável pela coaptação uretral, que confere condição para a continência. A prevalência de IU em mulheres na pré e pós-menopausa é significativa, com índices que variam de 46% a 64% (MARINHO et al., 2006; HIGA; LOPES; REIS, 2008; MENEZES et al., 2012).

Em relação à **reposição hormonal**, Moghadas et al. (2005) demonstraram que o início da menopausa precoce, antes dos 50 anos, e a ausência de terapia com hormônios são fatores de risco para IU. Entretanto, estudo de Sakondhvat et al. (2007) concluiu que a realização da terapia hormonal não parece estar associada com uma

menor prevalência da perda de urina. Acredita-se que há necessidade de mais estudos sobre esse aspecto a fim de que se obtenham respostas mais conclusivas.

A **Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS)** e o **Diabetes Mellitus (DM)** são considerados importantes fatores de risco. Observou-se que 33,3% dos indivíduos que apresentavam queixas urinárias eram hipertensos e, destes, 38,1% faziam uso de diuréticos (MOURÃO et al., 2008). Portanto, a HAS é frequentemente associada à IU, como demonstrado no estudo de Tamanini et al. (2006), onde pacientes com HAS apresentavam duas vezes mais chances de ter o quadro da IU, comparados ao grupo sem HAS, e ainda encontraram a associação com DM, aumentando em três vezes a chance de aparecimento de perda urinária. Vários mecanismos têm sido discutidos, considerando-se a influência da DM na IU, mas uma das hipóteses é a de que as complicações microvasculares podem alterar a inervação e a função do detrusor (SARMA et al., 2009).

Com o aumento da idade, ocorrem algumas alterações nas dimensões corporais das mulheres, principalmente na estatura e na composição corporal, contribuindo para a **obesidade**. Essas alterações incluem mudanças no Índice de Massa Corporal (IMC) e na Circunferência da Cintura (CC). Fatores antropométricos analisados em estudo de Virtuoso e Mazo (2013) mostraram que a presença de sobrepeso é uma característica comum entre mulheres após os 60 anos. Tanto o aumento do IMC quanto da CC podem agir negativamente sobre as estruturas do assoalho pélvico, semelhante ao processo gravídico, causando dano vascular e impacto mecânico sobre a uretra. Portanto, o aumento do IMC é um fator de risco para sintomas de urgência miccional e IUE, apontando a CC acima de 80 cm como um fator de risco na população adulta (ZHU et al., 2010; PINHEIRO et al., 2012).

Os hábitos de vida podem influenciar na condição de saúde do idoso, especialmente na função urinária, como os hábitos alimentares, intestinais, tabagismo e álcool, que aumentam as chances da ocorrência da IU. Nesse contexto, o estilo de vida saudável pode minimizar o aparecimento da IU em mulheres idosas, portanto serão apresentados, a seguir, os fatores comportamentais considerados modificáveis para prevenção da ocorrência das queixas urinárias.

Os fatores de risco modificáveis são a constipação, consumo de alimentos irritantes vesicais, o álcool, o fumo, a obesidade e o sedentarismo. A alteração no ritmo intestinal ocorre quando as fezes encham o reto, assim, o colo da bexiga e a uretra são pressionados,

provocando uma contração não inibida do detrusor e, consequentemente, pode ocorrer um escape involuntário de urina (SONG et al., 2005; HIGA; LOPES; REIS, 2008).

Os alimentos cafeinados, frutas ácidas, refrigerantes, pimenta, achocolatados são considerados irritantes vesicais e podem agravar os episódios de perda urinária, principalmente na IUU, ou seja, aquela sensação de necessidade urgente de urinar com perda associada. A cafeína tem ação diurética, aumentando o volume urinário e causando hiperatividade do músculo detrusor pelo seu efeito excitante na musculatura lisa vesical e tendo associação significativa com a IU (HIGA; LOPES; REIS, 2008).

O álcool também desempenha um fator relevante na gênese dos sintomas urinários, tanto por seu efeito diurético, quanto por uma possível irritação direta da mucosa vesical (SONG et al., 2005). O tabagismo é considerado como um fator de risco modificável devido à ação da nicotina estimulando a contração da musculatura detrusora e ao fato de os tabagistas apresentarem tosse crônica que eleva a pressão intra-abdominal (GOMES; SILVA, 2010).

Grande parte das mulheres com IU acabam reduzindo o consumo da ingesta hídrica diária, seja pelo medo de perder mais urina, pela falta de sede ou por preferir o consumo de outros líquidos, como o café no lugar da água. Portanto, essa condição pode desencadear um déficit de volume de líquido com repercussões importantes sobre a manutenção do estado da saúde, podendo causar complicações como a infecção urinária ou até mesmo algum dano renal, devido ao aumento da composição da urina e sua constituição mais densa, sendo assim um irritante vesical (FONSECA et al., 2005).

Quanto à prática de exercícios físicos, observa-se que maior nível de atividade física é um fator de proteção para ocorrência de IU. Alguns autores observaram que as mulheres que se exercitavam pelo menos uma vez por semana ou com maior nível de atividade física eram menos propensas a apresentar IU (SONG et al., 2005; TOWNSEND et al., 2008). Além da redução dos episódios de perda urinária, existe uma série de benefícios indiretos promovidos pela prática regular de exercícios físicos, como a redução da incidência de diabetes e do número de medicamentos hipertensivos, considerados fatores de risco clínicos da IU. A constipação intestinal e o sobrepeso também podem ser modificados diretamente pela prática de exercícios físicos (VIRTUOSO; MAZO, 2013).

Nesse sentido, observa-se a necessidade de implantação de novas práticas de atuação que visem à prevenção e tratamento da IU,

melhorando a qualidade de vida das idosas institucionalizadas ou não (PITANGUI; SILVA; ARAÚJO, 2012).

Sabe-se, portanto, que os profissionais da saúde desde a atenção primária, através da educação em saúde associada à promoção e prevenção, podem auxiliar/orientar a mulher idosa incontinente a recuperar sua continência, motivando-a para o seu autocuidado, pois as idosas não devem aceitar a perda involuntária de urina como um destino natural e devem buscar ativamente uma solução para o seu problema. Assim, vamos discutir sobre como os enfermeiros e fisioterapeutas podem cuidar de mulheres idosas incontinentes no âmbito da atenção primária de saúde.

3.2 ASSISTÊNCIA FISIOTERAPÊUTICA E DA ENFERMAGEM A MULHERES IDOSAS COM IU

A IU aumenta os custos econômicos tanto para o sistema de saúde, quanto para as mulheres incontinentes, não só por ampliar os riscos de infecção urinária, como também por aumentar a necessidade de tratamentos mais invasivos, como cirurgias, além do consumo de materiais estratégicos de proteção, como fraldas, absorventes e outros dispositivos desenvolvidos pela indústria (LOUREIRO et al., 2011).

O acompanhamento multidisciplinar é capaz de melhorar significativamente os sintomas da IU através das técnicas reeducativas, tais como: treinamento muscular, eletroestimulação, *biofeedback*, reeducação do assoalho pélvico inferior, orientações sobre anatomia pélvica, consciência corporal, dessensibilização vaginal, massagem perineal e utilização de cones vaginais, que são amplamente utilizados no tratamento desse agravo (CORREIA; BOSSINI; DRIUSSO, 2011; FITZ et al., 2012; PITANGUI; SILVA; ARAÚJO, 2012). Essas alternativas de tratamento podem ser realizadas por fisioterapeutas e enfermeiros devidamente qualificados, em que há possibilidade de identificar como e quando fazer esses tipos de intervenções.

A disfunção esfinteriana é um fenômeno socialmente reservado às crianças e no adulto é percebida como um “defeito ou infantilização”, portanto não é admitido. Assim sendo, é de extrema importância incluir nas consultas de enfermagem questões para diagnosticar qualquer perda involuntária de urina, bem como os serviços de saúde devem inserir em seu quadro profissionais que podem atender à população incontinente (HIGA et al., 2010).

Os objetivos da consulta de enfermagem vão além de identificar as perdas urinárias, mas uma vez tendo sido diagnosticado tal problema

é possível que o enfermeiro, devidamente habilitado, possa implementar tratamento da IU centrado na reeducação do assoalho pélvico inferior. Essa consiste em intervir para restaurar a continência e/ou melhorar a condição do controle esfinteriano através de orientações, tais como: exercícios perineais, diário miccional, cuidados de higiene, reeducação de hábitos alimentares e intestinais, controle miccional, prevenção de lesões no períneo, entre outras.

Nesse contexto, a assistência de enfermagem às mulheres idosas com vistas à prevenção da IU deve envolver orientações apropriadas, a fim de evitar condutas inadequadas acerca da ingestão de líquidos, da dieta rica em fibras, frutas e vegetais, da prática da atividade física, bem como do estabelecimento de um horário regular para a eliminação intestinal e a micção programada (OSTASZKIEWICZ; ROE; JOHNSTON, 2005; CALDAS et al., 2010; LOUREIRO et al., 2011; KNORST et al., 2012; MATA et al., 2014).

Por outro lado, em pacientes com mobilidade restrita, o que geralmente ocorre nas hospitalizações ou na velhice avançada, o papel do enfermeiro é fundamental no sentido de evitar que se ampliem os problemas com a ocorrência da IU. Cabe ao enfermeiro prever e prover condições de acesso mais facilitado ao banheiro, uso de cadeiras higiênicas ou comadres, evitar o uso desnecessário de fraldas. Além de acompanhar e/ou auxiliar essas mulheres no momento das eliminações, pois sabe-se que as mulheres que não recebem ajuda nos momentos em que desejam urinar tornam-se funcionalmente incontinentes (LOUREIRO et al., 2011).

A restrição da mobilidade pode ser melhorada com exercícios físicos e modificações ambientais, tais como: camas com fácil acesso através do uso de escadas ou com controle de altura, adaptação da altura dos vasos sanitários, instalação de barras de apoio, iluminação adequada e uso de urinóis/comadres ou cadeira sanitária à beira do leito. Orientações que os profissionais enfermeiros e da saúde estão plenamente aptos a fazer e que são muito mais eficazes do que a colocação precoce de fraldas (LOUREIRO et al., 2011).

Foi realizado estudo por Locks (2013), com enfermeiras de dois hospitais públicos do Município de Florianópolis, e pôde-se perceber, através das falas das enfermeiras, que as maiores dificuldades em atender mulheres idosas com IU hospitalizadas foram as seguintes: a falta de conhecimento para identificar e tratar as perdas urinárias involuntárias; falta de tempo para investigar mais profundamente a presença de IU; pouca infraestrutura e poucos profissionais para facilitar

o cuidado dos pacientes com relação à função vesical; e ausência de diagnóstico precoce da IU.

Outro aspecto importante é a ingestão hídrica, que pode estar prejudicada em pessoas com alguma mobilidade restrita pelo medo de perder mais urina, portanto essa atitude de proteção pode gerar um déficit de volume de líquido, podendo causar complicações e danos à saúde feminina. Razão pela qual as práticas de educação em saúde desenvolvidas por profissionais da saúde com foco nos hábitos de hidratação e alimentação são tão significativas para o cuidado de pessoas incontinentes (LOUREIRO et al., 2011; MATA et al., 2014).

A fisioterapia pode contribuir de forma significativa na prevenção e no tratamento da IU por meio da educação da função miccional e informação a respeito do uso adequado da musculatura do assoalho pélvico. O fisioterapeuta pode orientar o uso de técnicas e exercícios para aquisição do fortalecimento muscular, que possui eficácia comprovada para prevenção e tratamento da IU.

Zanetti et al. (2007), em sua pesquisa, trabalharam com dois grupos de sujeitos, com um deles foi feita intervenção e o outro foi grupo-controle. Seus achados demonstraram que as mulheres que realizaram exercícios perineais duas vezes por semana, durante 45 minutos, com a supervisão e acompanhamento de um fisioterapeuta, obtiveram uma redução estatisticamente significativa das perdas urinárias. Ao passo que os sujeitos do grupo-controle, que realizaram os exercícios em casa, sem supervisão direta do fisioterapeuta, com uma avaliação mensal, tiveram uma redução menos significativa das perdas urinárias. Ou seja, o grupo supervisionado teve melhores resultados no teste do absorvente, diário miccional e qualidade de vida do que o grupo controle. Portanto, fica clara a importância da presença de um profissional durante os exercícios pélvicos, visto que muitas mulheres não apresentam uma consciência corporal adequada para a execução correta dos exercícios, além disso, podem apresentar uma alta incidência de abandono ou desistência do tratamento quando não orientadas.

Em estudo realizado por Glisoi e Girelli (2011), ficou demonstrada a importância do fisioterapeuta na conscientização e aprendizagem de contração da musculatura do assoalho pélvico em mulheres com IU, o que ocorria com muita dificuldade quando o exercício era feito sem a presença do profissional. Foi evidenciado nesse estudo que, após o tratamento fisioterapêutico com dez mulheres, com treinamento funcional da musculatura pélvica, eletroterapia e orientações através de folheto com exercícios domiciliares, houve resultados positivos. Seus achados demonstraram que oito das mulheres

referiram melhora completa e duas mulheres melhora parcial dos episódios urinários.

Os músculos do assoalho pélvico têm a função crucial de gerar e manter a continência urinária, mesmo na presença de uma contração involuntária, por isso a importância de conhecer e saber contrair essa musculatura isoladamente (HAYLEN et al., 2010; CHEHREHRAZI et al., 2009).

Em um ensaio clínico randomizado com mulheres incontinentes, realizado por Pinheiro et al. (2012), composto por dois grupos de intervenção, em um deles a consciência perineal foi realizada com exercícios através do *biofeedback* e no outro grupo com auxílio somente do toque digital. Seus achados demonstraram que, após o tratamento de oito sessões, pôde-se observar apenas uma mulher, do total de dez que ainda não recrutava isoladamente a musculatura do assoalho pélvico. Houve melhora em relação à força de contração e conhecimentos acerca da região perineal, estatisticamente significativa em ambos os grupos, porém não houve diferença significativa entre os dois grupos, ficando claro que os recursos são igualmente eficazes.

Em estudo de Knorst et al. (2012), com 48 mulheres que apresentavam IU associada ou não ao prolapso de órgãos pélvicos foi demonstrado que, após o tratamento fisioterapêutico com eletroestimulação transvaginal e cinesioterapia com até 15 sessões, houve resultados satisfatórios. Os autores observaram que 87,5% das mulheres ficaram continentas, 6,3% relataram melhora e 6,3% ficaram insatisfeitas. Salienta-se, ainda, que nesse estudo o tratamento fisioterapêutico foi eficaz para tratar ou curar os episódios de perda urinária, associada ou não ao prolapso pélvico e ao tipo clínico da IU.

Acredita-se que abordagens multidisciplinares são essenciais para o cuidado e tratamento de pessoas com IU, em especial, mulheres idosas. Existe um projeto em um ambulatório de urogeriatria de um hospital universitário na Região Sudeste do Brasil que acompanha mulheres idosas com queixas urinárias e possui um protocolo que inclui três abordagens na forma multidisciplinar, quais sejam: a médica, da fisioterapia e a terapia comportamental realizada pelos enfermeiros. O protocolo de tratamento utilizado nessa pesquisa teve a duração de quatro meses, com uma consulta mensal com enfermeiro, onde eram abordadas as orientações sobre terapia comportamental, exercícios perineais e o diário miccional. Nesse artigo não foi evidenciado o papel dos demais profissionais nem suas intervenções, apenas foram relatados os resultados da abordagem dos enfermeiros. Portanto, seus achados demonstraram que das 12 pacientes; três obtiveram diminuição da

frequência urinária e seis zeraram as perdas; oito referiram que os exercícios perineais foram os elementos da terapia que mais ajudou; seis pacientes relataram que a terapia comportamental melhorou a autoestima, o autocuidado e minimizou os problemas (CALDAS et al., 2010).

Em estudo de Freitas, Meirelles e Mendonça (2014), foram realizadas somente orientações individuais pelo profissional da fisioterapia. Na abordagem inicial das 71 mulheres pesquisadas foram coletados dados em relação à história ginecológica e obstétrica, história sexual, doenças associadas e hábitos de vida. As mulheres receberam apenas orientação verbal, não houve exame físico antes do treinamento com exercícios dos músculos do assoalho pélvico. Os exercícios foram apenas demonstrados em *folder* e foram solicitados um aumento do tempo de contrações e do número de séries de exercícios de acordo com a evolução de cada mulher. Os resultados apontaram uma melhora significativa da perda urinária na maioria das mulheres participantes.

É através de ações multidisciplinares que se torna possível identificar as necessidades de cuidado de mulheres incontinentes, além de se viabilizar seu acesso a programas terapêuticos na APS. Por outro lado, em situações mais complexas se fazem encaminhamento a serviços especializados, minimizando em última instância o impacto negativo da IU na vida das mulheres incontinentes (FIGUEIREDO et al., 2012). Frente ao exposto, fica claro que os profissionais da saúde, como os enfermeiros e fisioterapeutas que atuam na APS, precisam saber como prevenir e tratar a IU, assim eles podem cuidar das mulheres idosas incontinentes com vistas à promoção da saúde.

3.3 O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE E AS POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE DO IDOSO

O Sistema Único de Saúde (SUS) do Brasil entra em vigor, por meio da Lei Orgânica da Saúde nº 8.808/90, para reafirmar o direito universal e integral à saúde orientado e garantido pela Constituição Federal de 1988. Essa Lei dispõe, entre outros, sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde. Da mesma forma, a participação da comunidade na gestão do SUS e a definição de como devem ocorrer os repasses dos recursos financeiros entre as três esferas de governo são regulamentadas pela Lei Orgânica nº 8.142/90 (BRASIL, 1988; 1990a; 1990b). Destarte, a regulamentação do SUS estabelece os seguintes princípios e diretrizes: a universalidade de acesso, integralidade e equidade da assistência, descentralização,

regionalização, hierarquização da rede de serviços de saúde e participação da comunidade (BRASIL, 1990a; 1990b).

Investigando a sequência histórica da implantação do SUS verifica-se que, ao longo dos anos, políticas, programas e estratégias vêm sendo gradativamente implementados, em busca de melhor resolubilidade dos problemas de saúde da população brasileira. Nesse contexto, a Atenção Primária de Saúde (APS) tem tido um papel relevante para a reorganização do sistema no Brasil, pois é considerada a porta de entrada preferencial ao SUS, caracterizando-se por um conjunto de ações que incluem prevenção de agravos, a promoção, proteção, o diagnóstico, o tratamento, reabilitação e a manutenção da saúde (BRASIL, 2006a).

Com o objetivo de reorganização da APS e a consolidação dos princípios do SUS, o Ministério da Saúde (MS) criou, em 1994, o Programa Saúde da Família (PSF). A partir de 2006, por meio da Portaria nº 648/06, o PSF foi denominado de Estratégia de Saúde da Família (ESF), por não se tratar apenas de mais um programa, mas sim de um eixo estruturante da reorganização do modelo de atenção à saúde no SUS (BRASIL, 2006a). A ESF em sua configuração mínima deve contar com a presença dos seguintes profissionais: médico, enfermeiro, auxiliar ou técnico de enfermagem e agentes comunitários de saúde, tendo sob sua responsabilidade o acompanhamento de no máximo quatro mil habitantes, sendo a média recomendada de três mil habitantes (BRASIL, 2011b).

A ESF apresenta como estratégia prioritária a reorganização dos processos de trabalho desse nível de atenção, que deve centrar-se na necessidade das famílias, estabelecendo o vínculo dos profissionais dos serviços com o indivíduo e a comunidade estimulando, assim, a corresponsabilização pela saúde (BRASIL, 2006a). Visando apoiar o trabalho desenvolvido pelos profissionais da ESF foram criados os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASFs) através da Portaria nº 154, de 24 de janeiro de 2008 (BRASIL, 2008).

Os NASFs são compostos por diferentes profissionais de acordo com a sua modalidade, podendo contar com: psicólogo, assistente social, farmacêutico, fisioterapeuta, fonoaudiólogo, médico ginecologista, profissional da educação física, médico homeopata, nutricionista, médico acupunturista, médico pediatra, médico psiquiatra e terapeuta ocupacional, entre outros (BRASIL, 2009a).

A organização dos processos de trabalho dos profissionais do NASF tem sempre como foco o território sob sua responsabilidade, priorizando o atendimento compartilhado e multidisciplinar, com troca

de saberes, capacitação e responsabilidades mútuas, gerando experiência para todos os profissionais envolvidos (BRASIL, 2009a).

Dentre a população atendida pelas equipes da ESF e do NASF destaca-se um segmento que vem aumentando cada vez mais, que são os idosos. O significativo aumento dessa população trouxe consigo a necessidade de políticas públicas sociais e de saúde que a contemple de forma integral. Isso ficou mais evidenciado nas ações que visam o fortalecimento do SUS, como o Pacto pela Saúde, através da Portaria 399/2006 modelo que contempla três dimensões: Pacto pela vida, Pacto em defesa do SUS e Pacto pela gestão do SUS. Nesse documento, a saúde do idoso aparece como uma das seis prioridades pactuadas entre as três esferas de governo (BRASIL, 2006b).

Também em 2006 foi relançada a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa através da Portaria nº 2.528, que tem por finalidade primordial recuperar, manter e promover a autonomia e a independência dos idosos, direcionando medidas coletivas e individuais de saúde (BRASIL, 1999; 2006c).

Nessa mesma perspectiva, foi publicado, em 2007, o Caderno de Atenção Básica – Envelhecimento e Saúde da Pessoa Idosa. Esse manual veio para auxiliar os profissionais da ESF e do NASF quanto à atenção ao idoso e destaca a necessidade de uma abordagem integral, com a maior resolutividade possível. O aporte técnico deve facilitar a prática diária dos profissionais da atenção básica de tal forma que esses atuem em áreas como: humanização e acolhimento, promoção de hábitos saudáveis, avaliação global da pessoa idosa, suporte familiar e social, fragilidade, maus-tratos, uso racional dos medicamentos, prevenção e tratamento da osteoporose, quedas, hipertensão arterial sistêmica, diabetes mellitus, incontinência urinária, depressão, demência e AIDS, além da atenção domiciliar (BRASIL, 2007).

A Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis/SC, junto ao governo municipal e com parceria de representantes da sociedade civil, elaborou o Programa de Saúde do Idoso, cuja denominação é Capital Idoso, no ano de 2005, que passou a ser implantado em 2006. Esse programa tem como finalidade o cuidado integral ao idoso, mediante ações de prevenção, promoção, terapêutica e reabilitação inserida na APS. O Capital Idoso tem por objetivos: promover a melhora da qualidade de vida da pessoa idosa; melhorar o acesso do idoso em situação de fragilidade; promoção e ou reabilitação da saúde; prevenir as internações hospitalares evitáveis; valorizar o relacionamento humanizado entre os profissionais da ESF, idoso e sua família e instrumentalizar as equipes da ESF na atenção ao idoso e sua família por

meio de apoio matricial, onde contam com o suporte do médico geriatra (FLORIANÓPOLIS, 2011).

Como material de apoio para a assistência à população idosa, o município disponibiliza um Protocolo de Atenção à Saúde do Idoso, com intuito de apresentar a todos os profissionais da rede de APS um olhar gerontogeriátrico desde o primeiro contato com a pessoa idosa na comunidade. A versão atual do protocolo conta com a apresentação das Grandes Síndromes Geriátricas, Instabilidade e Quedas, Imobilidade, Insuficiência cognitiva e Demências, Iatrogenia e Incontinência Urinária (FLORIANÓPOLIS, 2011). O município ainda disponibiliza a caderneta de saúde do idoso, além de um manual do cuidador.

Atualmente, um instrumento de gestão denominado Carteira de Serviços é o documento ordenador da APS no município, definindo normas e diretrizes para o funcionamento, organização local e gestão das equipes de saúde, e o conjunto das atividades assistenciais. Tem o objetivo de contribuir na ampliação da abrangência e melhoria da qualidade da atenção primária. Os serviços de saúde oferecem a entrada no sistema para todas as novas necessidades e problemas; fornecem atenção centrada na pessoa e não na enfermidade, ao longo do tempo, para todas as condições exceto as incomuns ou raras, e coordena ou integram a atenção fornecida em outros níveis de atenção (FLORIANÓPOLIS, 2014).

Diante do exposto, percebe-se que existe a possibilidade, através das políticas de saúde, de atender a demanda de cuidados da população idosa de maneira geral. No entanto, parece que esse cuidado ainda se encontra em fase de construção, porque ainda são incipientes alguns aspectos, tais como: acessibilidade, infraestrutura, capacitação em gerontologia dos recursos humanos da APS, pois esse nível de atenção devem ser atendidos conforme norteia o trabalho na APS de cada município.

4 REFERENCIAL TEÓRICO

Neste tópico, foi apresentada a sustentação teórica, bem como os conceitos de eixo norteador na execução deste estudo. O referencial teórico, de acordo com Trentini e Paim (2004, p. 49), “consiste em abordagem que dê sustentação à formulação do problema de pesquisa e à interpretação, análise e discussão dos achados, devendo estar coerente com o tema em estudo, representando o apoio no qual cada fase deve estar articulada”.

Para este estudo, foi utilizado como suporte teórico a Promoção da Saúde, uma vez que o objetivo desse estudo foi de desenvolver uma proposta de cuidado, com os fisioterapeutas e enfermeiros, acerca dos cuidados necessários à mulher idosa com incontinência urinária.

4.1 PROMOÇÃO DA SAÚDE

A concepção de saúde começou a ser construída na década de 70 em eventos internacionais que buscaram responder ao modelo de saúde centrado na doença (HEIDEMANN, 2006). Em 1974, o ministro canadense Marc Lalonde lançou o “Informe Lalonde” com uma nova perspectiva sobre a saúde dos canadenses, sendo este um documento que compreende as mudanças no estilo de vida como fundamentais para melhoria das condições de saúde das pessoas (BRASIL, 2009b).

Quatro anos depois do Informe Lalonde, em 1978, ocorreu a conferência Alma-Ata, na Rússia, que lançou como principal meta dos governos e da Organização Mundial da Saúde (OMS), a diretriz da Saúde para todos até o ano de 2000. Realizou-se, neste evento a Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, apontando a necessidade de mudanças radicais em relação às práticas e ao desenho dos serviços de saúde. Este evento foi bastante relevante para a promoção da saúde, pois reforçou a saúde como direito de todos, focando em ações intersetoriais como fundamentais nesta busca (BUSS, 2000; HEIDEMANN, 2006).

Com isso, em 1986, ocorreu a I Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, na cidade de Ottawa no Canadá. Neste evento, um importante documento foi divulgado pelo Ministro da Saúde Jack Epp, Alcançando Saúde para Todos, considerado um marco de referência, trazendo importante subsídio para elaboração da Carta de Ottawa (WHO, 1986).

A definição do conceito de Promoção da Saúde, segundo a Carta de Ottawa, diz:

Promoção da saúde é o nome dado ao processo de capacitação dos indivíduos e da comunidade para atuar na melhoria de sua qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação no controle deste processo. Para atingir um estado de completo bem-estar físico, mental e social, os indivíduos e grupos devem saber identificar aspirações, satisfazer necessidades e modificar favoravelmente o meio ambiente. A saúde deve ser vista como um recurso para a vida, e não como objetivos de viver. Neste sentido, a saúde é um conceito positivo, que enfatiza os recursos sociais e pessoais, bem como as capacidades físicas. Portanto, não é responsabilidade exclusiva do setor saúde, vai além de um estilo de vida saudável, na direção de um bem-estar global (BRASIL, 2002a, p. 22).

Esse conceito refere-se a uma combinação de ações que inclui cinco estratégias: políticas públicas saudáveis, criação de ambientes saudáveis, reforço da ação comunitária, desenvolvimento de habilidades pessoais e reorientação do sistema de saúde (WHO, 1986).

Nas políticas públicas saudáveis, a Promoção da Saúde instiga nortear o trabalho dos dirigentes e políticos para caminhar rumo à equidade em saúde por meio de legislações, fiscalizações, taxas e mudanças organizacionais que propiciem uma assistência mais segura e saudável. A criação de ambientes saudáveis está relacionada no sentido de que a saúde está fortemente ligada com os ambientes em que estamos inseridos, portanto, encoraja a conservação de recursos naturais como tarefa global e verifica a necessidade do trabalho e lazer como fonte de saúde para as pessoas (WHO, 1986).

O reforço da ação comunitária defende o fortalecimento do envolvimento da comunidade em busca da saúde. Esse campo requer contínuo acesso à informação, às oportunidades de aprendizado para os assuntos de saúde, bem como adequado apoio financeiro. O desenvolvimento de habilidades pessoais prioriza a capacitação dos indivíduos e comunidades para o enfrentamento de todas as fases do ciclo vital. Com isso, o documento destaca a importância das ações intersetoriais e apoio de governantes para a possibilidade de a população obter maior controle sobre a sua própria saúde (WHO, 1986).

A reorientação dos serviços de saúde advoga adotar uma postura mais abrangente para a saúde que leve em conta a integralidade e

multidimensionalidade dos indivíduos e comunidade, que poderá contribuir para um nível mais elevado de saúde. Portanto, aponta modificações na educação e no ensino dos profissionais da área que incluam os princípios da Promoção da Saúde (WHO, 1986).

Atualmente, a Carta de Ottawa é uma referência básica e fundamental no desenvolvimento das ideias de Promoção da Saúde em todo o mundo. Após a Carta de Ottawa, surgiram, nos últimos vinte anos, outras conferências internacionais, sendo elas:

✓ II Conferência Internacional, realizada em 1988, que resultou na Declaração de Adelaide em 1988, cujo tema foi Promoção da Saúde e Políticas Públicas Saudáveis (BRASIL, 2002b).

✓ III Conferência Internacional, realizada em Sundsvall, 1991, tendo como tema o foco na criação de ambientes favoráveis à saúde (BRASIL, 2002b).

✓ IV Conferência Internacional em Jacarta, 1997, com reforço da ação comunitária (BRASIL, 2002b).

✓ V Conferência Internacional, no México em 2000: trouxe novamente a promoção da saúde como um componente fundamental das políticas e programas públicos (BRASIL, 2002b).

✓ VI Conferência Internacional, em Bangkok em 2005: reforçou a mudança no contexto da saúde global e a necessidade de controlar os efeitos da globalização (WHO, 2005).

✓ VII Conferência Internacional, em Nairóbi em 2009: tratou-se de uma chamada à ação para fechar o abismo entre o desenvolvimento e a promoção da saúde, onde foi discutido sobre o empoderamento comunitário e individual, o reforço dos sistemas de saúde, as parcerias e ação intersetorial e a construção de competências para a promoção da saúde (WHO, 2009).

Foi a partir de todas as reuniões e debates que houve grandes avanços do setor de saúde. Portanto, em 2006 foi criada pelo Ministério da Saúde (MS) a Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS), que visa ampliar e qualificar as ações de promoção da saúde nos serviços e na gestão do SUS. Com intuito de promover saúde por meio de seus fatores determinantes, tais como: os modos de viver, condições de trabalho, habitação, ambiente, educação, lazer, cultura e acesso a bens e serviços essenciais. Para alcançar tal objetivo, o MS propõe agir mais especificamente com ênfase na atenção primária, na ampliação da autonomia e da corresponsabilidade de sujeitos e coletividades, na valorização e ampliação da cooperação do setor de saúde com outras áreas governamentais, na educação quanto ao modo de viver saudável, entre outras medidas (BRASIL, 2006d).

A PNPS traz diretrizes que remetem aos princípios e doutrinas do SUS, como a equidade, ações intersetoriais, participação social e estímulo à pesquisa. A partir disso, foram criadas estratégias que visam fortalecer o SUS quanto às ações de Promoção da Saúde, em especial na atenção primária. Também foram definidas as responsabilidades de cada esfera de governo (federal, estadual, municipal). Dessa forma, constitui-se como um instrumento para ações transversais, integradas e intersetoriais que buscam dialogar com diferentes campos que envolvem o setor sanitário e a sociedade, formando uma rede de coparticipação sobre a qualidade de vida (BRASIL, 2006d).

A PNPS afirma que as ações públicas devem ir além da ideia da cura e reabilitação. Esse esforço conjunto resulta no desenvolvimento de ações intersetoriais para a geração de emprego e renda, fortalecimento da educação, preservação ambiental, planejamento de espaços urbanos e rurais, realização de iniciativas culturais e esportivas, entre outras, ampliando a capacidade das políticas públicas de incidirem sobre os determinantes sociais da saúde, tornando-as mais efetivas (BRASIL, 2010).

Promover a saúde é aceitar o imenso desafio de desencadear um processo amplo que inclui a articulação de parcerias, atuações intersetoriais e participação popular, que tenha como objetivo aperfeiçoar os recursos disponíveis e garantir sua aplicação em políticas que respondam mais efetiva e integralmente às necessidades da sociedade. É se responsabilizar no nível da legislação e execução com políticas que favoreçam a vida em todas suas dimensões, sem que isso implique no desenvolvimento de ações inéditas, mas no redirecionamento do enfoque das políticas públicas (BRASIL, 2002a).

O desafio de reorientar os serviços de saúde a superar a fragmentação do assistir a doença, e buscar desenvolver seu trabalho na perspectiva da atenção integral às pessoas e suas necessidades, numa relação dialógica do cuidar/ser cuidado, do ensinar/aprender. Traz aos serviços a reflexão de que necessitam participar ativamente das soluções dos problemas de saúde levantados conjuntamente com as comunidades (BRASIL, 2002a).

A educação em saúde é uma das estratégias da Promoção da Saúde, mas tal prática tem sido pouco difundida na atenção primária em relação à saúde da mulher idosa com IU. Diante disso, destaca-se a necessidade de profissionais da área da saúde realizarem projetos de educação que possibilitem novas alternativas de atuação, contribuindo para a promoção da continência urinária e não apenas no

encaminhamento a serviços especializados em busca de tratamentos invasivos.

4.2 PRESSUPOSTOS

Os pressupostos são afirmações que explicitam crenças e princípios aceitos como verdadeiros, com base no raciocínio lógico, são suposições prévias que antecedem uma ideia (TRENTINI; PAIM, 2004). Considerando o referencial escolhido para este estudo, temos como pressupostos os seguintes aspectos:

- A incontinência urinária não é inerente ao processo de envelhecimento e à velhice;
- A mulher idosa tem potencial para alcançar a eficácia do autocuidado da IU desde que receba orientações adequadas dos profissionais da saúde para tal;
- O cuidado interdisciplinar deve trabalhar numa perspectiva da promoção da saúde com intuito de dar suporte às mulheres idosas com IU para o retorno da continência e/ou para minimização dos sintomas de perda urinária através da educação em saúde;
- O cuidado pode ser fomentado pelos profissionais da saúde desde a atenção primária, especialmente por essa ser a porta de entrada para o serviço de saúde.

4.3 MARCO CONCEITUAL

Com base nos pressupostos e na Promoção da Saúde, os conceitos que formaram o eixo de sustentação deste estudo, definiu-se como essencial descrever alguns conceitos, são eles: ser humano (enfermeiro, fisioterapeuta e mulher idosa), saúde, doença, ambiente/sociedade, multidisciplinaridade e promoção da saúde.

O **ser humano** é considerado como uma pessoa com capacidade para conhecer-se, com faculdades para utilizar as ideias, as palavras e os símbolos para pensar, comunicar e guiar seus esforços, capacidade para refletir sobre sua própria experiência e efeitos colaterais, a fim de realizar as ações de autocuidado (OREM, 1995).

O **ser humano enfermeiro**, devido à sua formação profissional, está apto a realizar o apoio, as ações educativas e informativas, é um participante de uma equipe multiprofissional preparado para atuar em todos os níveis do cuidado, devendo contribuir para o aperfeiçoamento da profissão através do ensino, da pesquisa e da prática coerente (ASCARI, 2010). Este profissional pode estabelecer programa

preventivo e de reabilitação para a IU, se encontra apto em preparar e orientar em relação aos hábitos miccionais, alimentares e intestinais; exercícios para o fortalecimento da musculatura do assoalho pélvico e propiciar ao paciente o reconhecimento das estruturas anatômicas (SOBEST, 2009).

Portanto, o enfermeiro pode trabalhar junto com o fisioterapeuta desde a atenção primária de saúde para propor estratégias para o cuidado em mulheres idosas com IU tendo como objetivo mostrar que há recursos para minimizar o agravo da IU, e que tem como prevenir e tratar esses sintomas de perda urinária.

O **ser humano fisioterapeuta** teve suas origens fortemente vinculadas à área de reabilitação e, atualmente, fortalece gradativamente a atuação na prevenção de doenças e na promoção da saúde (GAMA, 2010). A atuação na saúde coletiva é concretizada através da educação, prevenção e assistência fisioterapêutica. O fisioterapeuta tem como uma das atribuições profissionais nesta área a participação em equipes multiprofissionais destinadas ao planejamento, à implementação, ao controle e à execução de projetos e programas de ações básicas de saúde (COFFITO, 2009). Este profissional é apto a realizar avaliação física cinesiofuncional do sistema uroginecológico, solicitar, aplicar e interpretar exames complementares, como perineometria, eletromiografia de superfície, imaginologia, perimetria, volumetria, desde que necessários à elucidação do caso e direcionamento de suas condutas. Ainda, planeja e executa estratégias de intervenção fisioterapêutica utilizando recursos gerais ou específicos como: massagem perineal, cinesioterapia dos músculos do assoalho pélvico, *biofeedback* mamométrico, ultrasonográfico, eletromiográfico, de superfície e intracavitário (anal e vaginal), propriocepção e fortalecimento muscular intra-anal e intravaginal, entre outras (COFFITO, 2011).

Portanto, uma das habilidades do fisioterapeuta é atuar na promoção do cuidado utilizando-se de estratégias da educação em saúde direcionadas à paciente idosa com IU, trabalhando de forma multidisciplinar com o objetivo de restabelecer a continência ou diminuir os sintomas de perda urinária.

Os **idosos** são indivíduos que se caracterizam em franco processo de desenvolvimento de suas potencialidades e capacidades, de tal forma que consigam manter sua autonomia e independência tanto quanto possível. Além disso, apresentam “um desgaste fisiológico” que não necessariamente trata-se de doença, porém que os torna mais vulneráveis para as mesmas (SANTOS, 1990). A **mulher idosa**

incontinente é um ser que geralmente possui independência e autonomia, apresenta um dos agravos de saúde, que é a IU, sendo muitas vezes entendida por ela como algo inerente ao envelhecimento. Assim, tem sua qualidade de vida comprometida e desconhece que as perdas urinárias são passíveis de recuperação.

A **saúde** segundo a carta de Ottawa é definida “como um conceito positivo, que enfatiza os recursos sociais e pessoais, bem como as capacidades físicas”, e para atingir este conceito é preciso destacar as condições e os recursos fundamentais para a saúde, como “a paz, habitação, educação, alimentação, renda, ecossistema estável, recursos sustentáveis, justiça e equidade”. Além do “ambiente favorável, o acesso a informação, as experiências e habilidades na vida, bem como oportunidade que permitam fazer escolhas por uma vida mais sadia” são aspectos que contribuem para a saúde (BRASIL, 2002b).

A **saúde/doença** é um processo dinâmico que varia não apenas por questões fisiológicas ou patológicas, mas também pela maneira como a pessoa se percebe, lida emocionalmente com a situação, seja ela de doença ou agravo à saúde. Portanto, a percepção de saúde em pacientes com incontinência urinária pode encontrar-se abalada, devido à perda de urina que acaba interferindo nas ações de interação familiar e social, lazer, trabalho, atividade física, entre outras, o que não significa presença de doença.

O **ambiente/sociedade**, trata-se do espaço geográfico de uma determinada comunidade, compartilhado por um meio comum e por pessoas que tenham interesses parecidos. Neste estudo considera-se meio ambiente o espaço da atenção primária de saúde que se concretiza nos centros de saúde, do Município de Florianópolis, onde foi desenvolvido este estudo.

Os profissionais de uma equipe **multidisciplinar** na saúde articulam suas práticas e saberes no enfrentamento de cada situação identificada nos usuários que assistem, para propor soluções conjuntamente e intervir de maneira adequada, já que todos conhecem a problemática (OLIVEIRA; SPIRI, 2006). Na APS a equipe básica é composta pelos profissionais que participam da Estratégia de Saúde da Família – ESF (médico, enfermeiro, profissionais de nível técnico de enfermagem e Agentes Comunitários de Saúde – ACS) e também pelos profissionais que compõem a equipe do Núcleo de Atenção à Saúde da Família – NASF (assistente social, psicólogo, pediatra, psiquiatra, geriatra, fisioterapeuta e educador físico). Portanto, esses profissionais da ESF e do NASF compõem a equipe multidisciplinar na APS, e neste estudo, foi a partir da interação entre enfermeiros e fisioterapeutas que

se construiu estratégias para a atenção ao cuidado às mulheres idosas incontinentes.

A **promoção da saúde** é o construto de articulação transversal no qual se confere visibilidade aos fatores que colocam a saúde da população em risco e às diferenças entre necessidades, territórios e culturas. Visam à criação de mecanismos que reduzam as situações de vulnerabilidade, defendam a equidade e incorporem a participação e o controle social na gestão das políticas públicas (BRASIL, 2006d). Portanto, através da promoção da saúde, os fisioterapeutas e enfermeiros têm condições de capacitar/orientar as mulheres idosas com IU para o autocuidado em relação aos sintomas de perda urinária, para garantir um melhor bem-estar.

Os princípios da Promoção da Saúde sugerem que as mulheres idosas com IU podem ser capazes de conquistar sua autonomia e independência, permitindo tomarem decisões e escolhas referentes ao melhor tratamento para os sintomas das perdas urinárias. Porém acredita-se que para essas mulheres atingirem o autocuidado é preciso um trabalho multidisciplinar entre os fisioterapeutas e enfermeiros já na atenção primária de saúde, pois assim é possível potencializar ações de educação em saúde com vistas à promoção da saúde em relação os incômodos dos sintomas urinários.

5 METODOLOGIA

5.1 TIPO DE ESTUDO

Trata-se de uma pesquisa convergente assistencial (PCA), com abordagem qualitativa.

Esse tipo de pesquisa mantém, durante todo o seu processo, estreita relação com a situação da prática assistencial, com a intenção de encontrar soluções para problemas, realizar mudanças e/ou introduzir inovações na situação da prática (TRENTINI; PAIM, 2004). No presente estudo a intenção foi inovar a prática de cuidado a mulheres idosas que possuem incontinência urinária.

Nesse tipo de pesquisa, o pesquisador é capaz de participar, além de tentar compreender e interpretar os dados coletados. Comprometendo-se com a melhoria do cuidado em mulheres com IU, bem como se envolve com a realidade juntamente com os sujeitos. O trabalho de investigação ocorre à medida que se busca durante as reflexões das situações vivenciadas as alternativas de soluções para problemas detectados na prática profissional.

A principal característica desse tipo de pesquisa consiste na sua articulação intencional com a prática, com isso, as ações de assistência vão sendo incorporadas no processo de pesquisa e vice-versa. A articulação da pesquisa convergente-assistencial com a prática assistencial ocorre principalmente durante a coleta de informações quando os participantes da pesquisa (pesquisadores e componentes da amostra) se envolvem na assistência e na pesquisa. Este tipo de pesquisa está orientada para a resolução ou minimização de problemas na prática ou para a realização de mudanças e ou introdução de inovações nas práticas de saúde (TRENTINI; PAIM, 2004, p. 26).

Essa estratégia foi selecionada, por acreditar que facilitaria na construção de conhecimento que visa à renovação das práticas assistenciais no campo estudado, estabelecendo a relação entre o saber e fazer. Desse modo, a articulação intencional com os profissionais (fisioterapeutas e enfermeiros) com vistas à educação para o cuidado de mulheres idosas com IU para promoção de sua saúde. Assim, o trabalho

desenvolvido durante a coleta de dados desta pesquisa pôde agregar novas informações e a sensibilização dos profissionais diante ao problema da perda urinária, podendo trazer uma inovação para a assistência dessa clientela na atenção primária de saúde.

5.2 LOCAL DO ESTUDO

O estudo foi realizado na cidade de Florianópolis/SC, junto à Rede de Atenção Primária à Saúde vinculada ao SUS. O Município de Florianópolis conta com uma população total de 421.240 habitantes, e, destes, 48.334 são indivíduos idosos (IBGE, 2010).

No que se refere à estrutura organizacional dos serviços de saúde, o Município de Florianópolis conta com cinco distritos sanitários (DS), Norte, Centro, Sul, Leste e Continente. Apresenta 50 centros de saúde, quatro policlínicas, duas unidades de pronto atendimento (UPAs), dois centros de atenção psicossocial (CAPS), sendo um para atendimento de adultos e o outro para atendimento de crianças e adolescentes, e dois CAPS álcool e drogas (CAPS/AD). Possui também 12 equipes de NASF.

A estruturação dos distritos sanitários tem a finalidade estabelecer um gerenciamento da rede de saúde em âmbito regional. Dessa forma, cada distrito sanitário conta com uma equipe com a seguinte configuração: um coordenador regional, uma enfermeira, um técnico de enfermagem e um auxiliar administrativo. O quadro 01 apresenta os distritos sanitários e suas respectivas unidades.

Quadro 01- Divisão dos Distritos Sanitários por Centro de Saúde no Município de Florianópolis

Distrito Sanitário	Centros de Saúde
Centro	Agromômica, Centro, Monte Serrat, Prainha e Trindade
Continente	Abraão, Balneário, Capoeiras, Coloninha, Continente, Coqueiros, Estreito, Jardim Atlântico, Monte Cristo, Morro da Caixa, Sapé e Vila Aparecida
Leste	Barra da Lagoa, Canto da Lagoa, Córrego Grande, Costa da Lagoa, Itacorubi, João Paulo, Lagoa da Conceição, Pantanal e Saco Grande
Norte	Cachoeira do Bom Jesus, Canasvieiras, Ingleses, Jurerê, Ponta das Canas, Ratones, Rio Vermelho,

	Santinho, Santo Antônio de Lisboa, Vargem Grande e Vargem Pequena
Sul	Alto Ribeirão, Armação, Caeira da Barra do Sul, Campeche, Carianos, Costeira do Pirajubaé, Fazenda do Rio Tavares, Morro das Pedras, Pântano do Sul, Ribeirão da Ilha, Rio Tavares, Saco dos Limões e Tapera

Fonte: <<http://www.pmf.sc.gov.br/sistemas/saude/secretaria/css.php#>> Acesso em: 10 outubro de 2014.

O DS escolhido para a realização desta pesquisa foi o DS do Centro pelo fato de esse distrito ser o que conta com maior número de habitantes idosos, isto é, 12.595 (IBGE, 2010). Também por esse DS ser autorizado pela Secretaria Municipal de Saúde, para estudo visto que outros DS já estavam sendo campo de estudo por pesquisadores com outros objetivos, então para não sobrecarregar somente um DS de Saúde do Município, a pesquisa foi concretizada nesse DS.

No DS do centro, foi realizado o estudo com os profissionais enfermeiros. Ao passo que para os fisioterapeutas considerou-se ampliar a área de abrangência para os demais DS do Município de Florianópolis, uma vez que esses profissionais ainda são em pequeno número em cada DS (em torno de 3 ou 5 profissionais por DS).

5.3 PARTICIPANTES DO ESTUDO

No DS Centro atuavam 15 enfermeiros no momento da coleta de dados. Todos os enfermeiros foram convidados a participar do estudo, no entanto 10 profissionais atenderam aos critérios de inclusão: Ser enfermeiro do Distrito Sanitário de Saúde do Centro e estar desenvolvendo atividades assistenciais no distrito no mínimo há quatro meses, pois a partir desse tempo estima-se que os profissionais já estão familiarizados com o sistema e com a comunidade.

Com relação aos fisioterapeutas a pesquisa foi realizada com os profissionais que atuavam nos NASFs. Assim, foram convidados para participar da pesquisa os 17 fisioterapeutas que faziam parte desse universo. Entretanto apenas 14 atenderam aos critérios de inclusão, que foram os seguintes: Ser fisioterapeuta do Município de Florianópolis independente do Distrito Sanitário e estar desenvolvendo atividades assistenciais no mínimo há quatro meses.

O acesso aos participantes se deu primeiramente através do contato com a responsável técnica pela enfermagem na Secretaria

Municipal de Saúde do Município de Florianópolis, para solicitar a liberação do DS Centro para desenvolver o estudo. A partir daí, houve uma reunião com a coordenadora do DS Centro, para falar sobre o projeto de pesquisa, bem como verificar a melhor data e local para se procurar os enfermeiros. Nesse momento foi definido pela coordenadora que seria cedido um tempo na reunião mensal das enfermeiras do DS Centro onde a pesquisadora pode apresentar o projeto de pesquisa e fazer o convite as mesmas a participarem como informantes.

Em relação aos fisioterapeutas primeiramente também foi feito um contato com o fisioterapeuta que atuava dentro da Secretaria Municipal de Saúde e, por sua sugestão, a pesquisadora apresentou o projeto de pesquisa na reunião mensal dos fisioterapeutas do município.

Em ambas as reuniões, expliquei os objetivos da pesquisa, os procedimentos para coleta de dados, os critérios de inclusão dos sujeitos, os aspectos éticos e esclareci dúvidas acerca da proposta. Após os esclarecimentos todos os profissionais (enfermeiros e fisioterapeutas) foram convidados a participar do estudo e dos que já manifestaram interesse foram anotados o número do telefone e o *e-mail* para os agendamentos. Na sequência foi verificada a disponibilidade de dia, horário e local para a realização da entrevista individual com os profissionais.

Uma vez concluída essa etapa combinou-se com o grupo a data das oficinas. Foi liberada para a execução das oficinas temáticas a utilização de uma parte das reuniões mensais dos enfermeiros e foram convidados todos os fisioterapeutas para participar das oficinas.

5.4 COLETA DE DADOS

Após a aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos (CEPSH) da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC) iniciou-se a coleta de dados, que ocorreu no período de agosto a outubro de 2014.

Como técnica para a pesquisa optou-se em utilizar a entrevista semiestruturada individual com os enfermeiros e fisioterapeutas, a fim de conhecer a assistência prestada a mulheres idosas com IU. Após essa etapa foram realizadas três oficinas temáticas com ambos profissionais, com o objetivo de desenvolver uma proposta de cuidado para promoção da saúde com mulheres idosas que apresentam os sinais e sintomas de perda urinária.

As entrevistas foram previamente agendadas por telefone ou *e-mail* com os sujeitos do estudo e realizadas no local de trabalho dos

mesmos, de acordo com a preferência dos participantes. Para as entrevistas foi utilizado um roteiro para ambos os tipos de profissionais (Apêndice A; Apêndice B); a primeira parte da entrevista se referia à caracterização dos sujeitos do estudo, e a segunda foi sobre os dados da assistência de mulheres idosas com IU. Esse roteiro permitiu a abordagem do tema de forma participativa, pois o instrumento de coleta de dados é aberto, auxiliando na condução das questões pertinentes do estudo.

Antes de iniciar a entrevista semiestruturada expliquei novamente os objetivos do estudo e verifiquei com cada sujeito se possuía alguma dúvida. Em seguida solicitei que o mesmo fizesse a leitura e a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE (Apêndice C). Após esse procedimento foi dado início a entrevista, que foi gravada em gravador digital e transcrita logo após sua realização. As entrevistas originais em áudio e as transcrições foram armazenadas em pastas em um computador específico de acesso único da pesquisadora e posteriormente analisadas. No total foram realizadas 10 entrevistas com enfermeiras do DS Centro e 14 com fisioterapeutas da Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis.

Com as entrevistas finalizadas, foram realizadas três oficinas temáticas com intervalo de trinta dias entre cada uma delas. A primeira oficina ocorreu no auditório do CS da Trindade e as outras duas oficinas ocorreram no auditório da Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis, local onde normalmente são feitas as reuniões mensais dos enfermeiros do DS do Centro, por ser espaço disponível para atividades em grupo.

As oficinas foram desenvolvidas em quatro etapas com base no modelo utilizado por Silva (2012):

1ª etapa: Acolhimento dos participantes – esta etapa consistiu em preparar o ambiente para receber os participantes através de estratégias de dinâmica para integração do grupo.

2ª etapa: Preparação e desenvolvimento – nesta etapa foi lançado, através de uma capacitação/sensibilização, o tema das oficinas com exposição de assuntos referentes à incontinência urinária.

3ª etapa: Momento de reflexão – etapa que constou de um momento onde os participantes foram estimulados a propor ideias e estratégias, com foco na educação em saúde, no cuidado e na promoção da saúde.

4ª etapa: Fechamento e avaliação – esta etapa que foi destinada para avaliação oral ou por escrito sobre a oficina temática pelo grupo.

Ao término de cada oficina, foi oferecido um lanche para favorecer um momento de descontração após as discussões e reflexões.

A seguir apresento a proposta de operacionalização das oficinas de acordo com as etapas descritas acima.

Oficina 1:

A primeira oficina temática teve a duração de duas horas, contou com a participação de 18 profissionais, dentre esses 11 enfermeiras, três fisioterapeutas e quatro enfermeiras da Residência Multiprofissional em Saúde da Família. Como as oficinas eram realizadas nas reuniões dos enfermeiros, todos os presentes, independente dos critérios de inclusão, acabaram participando das atividades.

Na primeira etapa (acolhimento), foi entregue para cada participante papéis para anotações, e uma cópia do TCLE para quem não tinha realizado a entrevista, para que o mesmo pudesse ser lido e assinado. Após essa etapa foram realizadas as apresentações do grupo rapidamente, onde foi falado o nome do participante e o CS em que atuava. Logo a seguir solicitei que o grupo se dividisse em seis subgrupos, sendo cada subgrupo composto de três pessoas.

Em seguida, sugeri uma dinâmica onde pedi para cada subgrupo fazer uma parte de um “corpo”, não especificando o sexo, entregando massinha de modelar para os membros e informando qual parte do corpo os mesmos iriam modelar. Após o término das modelagens, reuni as partes e montei o corpo em uma folha branca. Nesse momento percebi que os profissionais modelaram um corpo do sexo feminino sem se comunicarem entre si e sem ter sido isso solicitado. Para finalizar essa etapa estabeleci relação entre a construção coletiva do corpo e os objetivos das oficinas.

Na segunda etapa (preparação e desenvolvimento), iniciei uma apresentação sobre alguns dados importantes da IU, como: anatomia e fisiologia da continência, os tipos de IU, a prevalência e os fatores de risco, para que as participantes se familiarizassem com o tema principal da oficina.

Na terceira etapa (momento de reflexão), pedi aos mesmos grupos da primeira atividade para se reunirem novamente e solicitei que colocassem numa folha de papel quais informações elas poderiam utilizar para orientação quando atendessem uma mulher idosa com IU. Após o término dessa atividade, cada grupo explicou as ações que poderiam ser realizadas na assistência. Durante a exposição de cada grupo, as participantes trocaram experiências e descobriram algumas

informações que até então eram fornecidas para usuárias de forma inadequada.

Na última etapa desenvolvida (fechamento e avaliação), solicitei às participantes uma avaliação oral da oficina, e sugestões para a próxima. As avaliações foram positivas, por apresentar um tema que muitas não lembravam ou não tinham tido nenhuma experiência, e as sugestões foram em questões de curiosidades sobre a atuação do profissional da fisioterapia e práticas em relação aos exercícios que podem ser realizados para pacientes com perda urinária.

Oficina 2:

A segunda oficina temática teve a duração de duas horas, com 16 participantes, dentre esses, oito enfermeiras, três fisioterapeutas, um assistente administrativo e quatro enfermeiros da Residência Multiprofissional em Saúde da Família. Duas enfermeiras estavam participando pela primeira vez.

Na primeira etapa da oficina (acolhimento), fiz minha apresentação e deixei que o grupo se apresentasse novamente, visto que algumas não estavam presentes na primeira oficina.

Na segunda etapa (preparação e desenvolvimento), fiz uma síntese geral do que foi apresentado e as atividades realizadas na primeira oficina, para que os participantes que estavam ali pela primeira vez tivessem conhecimento do que havia sido abordado. A partir disso, fiz uma breve apresentação sobre o tratamento conservador que a fisioterapia e a enfermagem podem realizar com as mulheres idosas com IU. Apresentei também as orientações relacionadas à terapia comportamental, como as modificações dietéticas, micções programadas, posição correta para micção e defecação, medicamentos irritantes vesicais, os exercícios de impacto contraindicados. Por último apresentei o diário miccional, entregando um diário para cada participante, e expliquei como pode ser utilizado, podendo ser uma ferramenta para fechar o diagnóstico de IU, além de ser útil para acompanhar a evolução durante o processo de reabilitação.

Na terceira etapa (momento de reflexão), primeiro realizei com os participantes alguns exercícios práticos de fortalecimento de assoalho pélvico, com auxílio de colchonetes e bolas suíças, para terem a segurança de como fazer e orientar as pacientes sobre os exercícios de forma adequada. Após essa atividade, o grupo refletiu sobre as dificuldades enfrentadas em realizar esses tipos de exercício e a necessidade de uma concentração plena para conseguir isolar a

musculatura pélvica e fazer as contrações desses músculos. A maioria dos participantes realizaram todos os exercícios propostos.

Na última etapa (fechamento e avaliação), pedi para aos participantes uma avaliação por escrito do nosso encontro, onde foi destacada a abordagem dos exercícios praticados para melhor memorização e orientação para as usuárias durante a consulta. Ao final da oficina, alguns participantes vieram me falar sobre a importância desse assunto, e a necessidade desses tipos de capacitações, os senti mais sensibilizados para trabalhar com as mulheres idosas que apresentam os sinais ou sintomas de perdas urinárias.

Oficina 3:

A terceira oficina temática teve a duração também de duas horas, com 17 participantes, dentre essas oito enfermeiras, uma fisioterapeuta, um assistente administrativo, quatro enfermeiros da Residência Multiprofissional em Saúde da Família e três profissionais que atuavam na vigilância sanitária de saúde do Município.

A primeira etapa (acolhimento), nesse último encontro, não realizei, pois praticamente quase todos os participantes já se conheciam devido às oficinas anteriores ou do próprio local de trabalho. Decidi pular essa parte também por causa do tempo curto da oficina.

Durante a segunda etapa (preparação e desenvolvimento), fiz uma revisão das oficinas anteriores, para deixar todos os participantes a par dos conteúdos abordados. Após esse momento, solicitei ao grupo que se dividisse em trios, para formar quatro subgrupos, portanto foram três trios e um subgrupo de quatro pessoas, para a discussão e resolução de um estudo de caso, onde forneci também alguns artigos científicos para apoio. Após essa discussão entre os grupos, pedi que escrevessem em um cartaz uma ou duas orientações importantes que elas conseguiriam realizar em um atendimento com a mulher idosa na sua realidade assistencial. Ao término dessa atividade, cada subgrupo leu o seu caso e como poderia resolver, e depois eu frisei todos os tópicos que foram destacados pelo grupo.

Na terceira etapa (momento de reflexão), solicitei a todos as participantes a construção de um *folder* para ser utilizado durante os atendimentos para orientar e fornecer às usuárias, pedindo neste momento que o grupo apontasse o que achava necessário colocar nesse material. Uma das participantes me ajudou a registrar as ideias que eram anunciadas.

Na quarta etapa (fechamento e avaliação), solicitei uma avaliação por escrito com o seguinte questionamento: De que forma a participação

nas oficinas temáticas contribuiu para sua assistência profissional? Recebi respostas positivas em relação ao tema abordado e à didática metodológica utilizada, como os exercícios práticos e os estudos de caso, assim elas conseguiram memorizar as orientações adequadas para o cuidado de mulheres idosas com IU.

Ao término de cada oficina, foi oferecido um lanche para propiciar um momento de descontração após as discussões e reflexões.

O total de pessoas que participaram de todas as oficinas foi de cinco enfermeiras e uma fisioterapeuta. Participantes eventuais foram 17 enfermeiras e duas fisioterapeutas. Além disso, como já explicitado, houve a participação de enfermeiros que não atendiam os critérios de inclusão, uma vez que as oficinas ocorreram em dias e horários de reuniões do distrito. Reconheço assim esses aspectos como fatores limitantes do estudo.

5.5 ANÁLISE DOS DADOS

A análise dos dados, tanto das entrevistas e oficinas temáticas, foi realizada segundo os preceitos da PCA, que se baseiam na proposta de Morse e Field apud (TRENTINI; PAIM, 2004, p. 92), a qual é composta pelos seguintes passos:

1. Processo de apreensão: Esta etapa iniciou com a coleta das informações, oriundas das entrevistas individuais semiestruturada e das oficinas temáticas, que foram organizadas e registradas no diário de campo para permitir a apreensão dos significados das mesmas. As informações resultantes foram lidas várias vezes para aproximação das palavras, frases ou temas-chave que persistiam e se repetiam nos relatos dos sujeitos. Após esse momento, as informações concentradas em grupos mais frequentes deram início ao processo de codificação dos relatos.

2. Processo de síntese: Nesta etapa as informações encontradas na fase de apreensão foram analisadas subjetivamente, buscando associações e variações destas informações a fim de codificá-las.

3. Processo de teorização: É a fase em que foi descoberto o valor das informações levantadas no processo de síntese, fazendo uma aproximação com o referencial teórico que sustenta este estudo. Este momento foi de decidir quais informações exprimiam de maneira mais significativa as questões levantadas.

4. Processo de transferência: É a etapa final do processo analítico, consistiu em dar significado a achados e descobertas, procurando

contextualizá-los em situações similares, visando à socialização dos resultados.

O processo de análise dos dados coletados através das entrevistas e das oficinas temáticas ocorreu em etapas sucessivas. Inicialmente foram transcritas todas as entrevistas a fim de formar um *corpus* para análise, após essa etapa foi feita uma leitura criteriosa de todos os dados (entrevista e registros das oficinas) repetidamente para que a pesquisadora conseguisse se apropriar verdadeiramente de tudo o que foi o dito pelos informantes. Posteriormente, os dados foram agrupados em cada pergunta, reunindo o relato de todos os participantes. Após esse agrupamento, foram lidos e codificados, destacando o conteúdo relativo aos objetivos do estudo. As codificações foram organizadas e reunidas por semelhança, permitindo sintetizar através de categorias que após deram sustentação aos quatro eixos temáticos, que são: A invisibilidade do idoso e da incontinência urinária; Como assistir mulheres idosas com incontinência urinária; Percepção dos profissionais acerca da incontinência urinária em mulheres idosas; e A concepção de uma proposta de cuidado à mulher idosa com incontinência urinária.

5.6 ASPECTOS ÉTICOS

Todas as fases desta pesquisa foram realizadas de acordo com as questões éticas da Resolução n. 466/12 do Conselho Nacional de Saúde – CNS, que regulamenta as pesquisas envolvendo seres humanos no Brasil, respeitando os princípios de autonomia, não maleficência, beneficência, justiça e equidade, visando garantir os direitos e deveres que dizem respeito aos participantes da pesquisa, à comunidade científica e ao Estado (BRASIL, 2013).

O projeto de pesquisa foi encaminhado para apreciação e aceite da Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis e posteriormente foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisas (CEP) com Seres Humanos da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), sendo aprovado por Parecer Consubstanciado sob o nº 766.045 (Anexo A).

Todos os profissionais da enfermagem e da fisioterapia foram convidados para participar da pesquisa, ficando livres na escolha de participar ou não, e para desistir a qualquer momento do estudo, bem como recebendo a garantia do anonimato e do sigilo das informações fornecidas. Antes de iniciar a coleta de dados com ambos os tipos de profissionais, foi solicitada a leitura e assinatura do TCLE em duas vias, uma cópia ficando para a pesquisadora e a outra, com o sujeito da pesquisa. Os participantes deste estudo foram identificados com a letra

“E” de enfermeiro e com a letra “F” de fisioterapeuta, seguidas de algarismo arábico sequencial pela ordem de entrada no estudo.

As entrevistas e oficinas temáticas foram gravadas, com a autorização dos participantes, e posteriormente transcritas. Todo o material da pesquisa foi armazenado em arquivos sob a responsabilidade da pesquisadora.

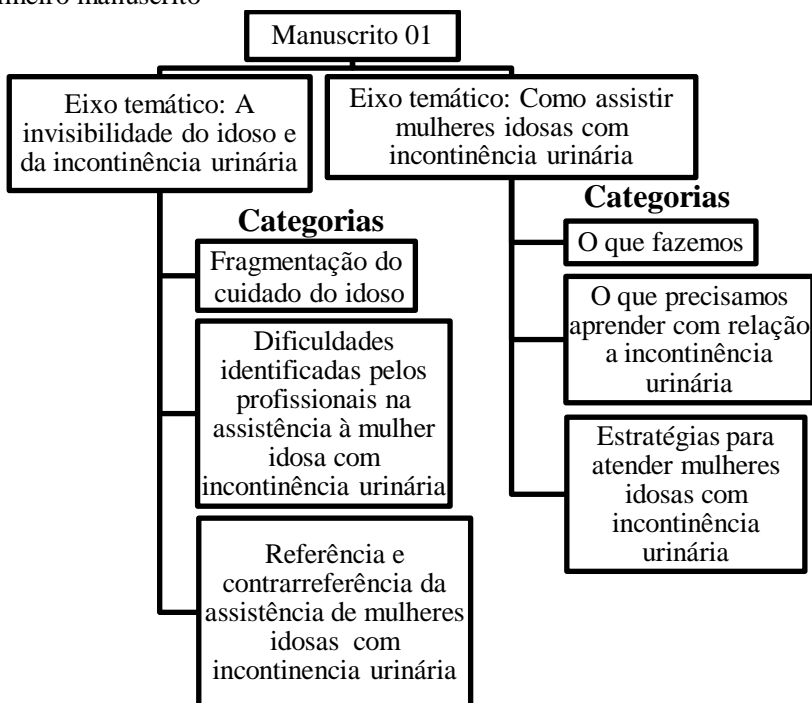
6 RESULTADOS

Diferentes temas emergiram a partir da análise dos dados, portanto para uma melhor compreensão do objeto de estudo selecionamos dois temas que consideramos mais relevantes para responder aos objetivos desta pesquisa. Estes temas são apresentados e discutidos em dois manuscritos que compõem as subseções deste capítulo (seções 6.1 e 6.2).

Este formato de apresentação dos resultados em manuscritos atende a Instrução Normativa 10/PEN/2011, de 15 de Junho de 2011, do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina, que dispõe sobre o formato de apresentação do trabalho de conclusão do Curso de Mestrado, no mínimo de dois manuscritos.

O primeiro manuscrito intitulado: “Atenção primária e os desafios para enfermeiros e fisioterapeutas assistirem mulheres idosas com incontinência urinária” teve como objetivo, conhecer como os fisioterapeutas e enfermeiros cuidam de mulheres idosas com incontinência urinária na Atenção Primária de Saúde. Os eixos temáticos e categorias que emergiram dos dados deste manuscrito estão descritas na figura 01.

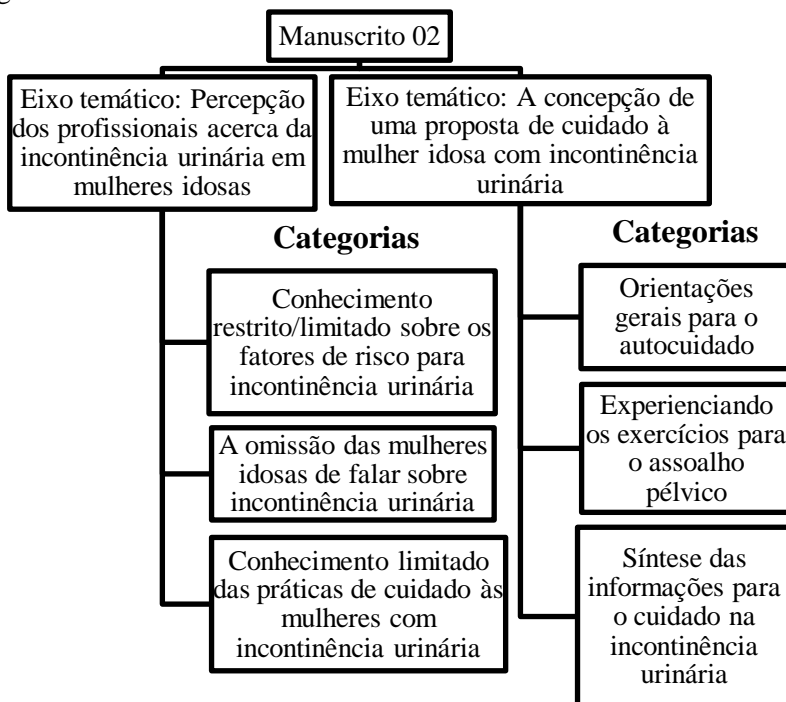
Figura 01 - Eixos temáticos e categorias que emergiram dos dados do primeiro manuscrito



Fonte: Dados da autora, 2015.

Enquanto que o segundo manuscrito intitulado: “Incontinência urinária em mulheres idosas: reflexão acerca da promoção da saúde com vistas ao autocuidado” teve como objetivos, identificar o conhecimento e as práticas assistenciais sobre a IU em mulheres idosas e desenvolver uma proposta de cuidado às mulheres idosas com incontinência urinária para a promoção da saúde no âmbito da Atenção Primária de Saúde. As categorias que emergiram dos dados deste manuscrito estão descritas na figura 02.

Figura 02 - Eixos temáticos e categorias que emergiram dos dados do segundo manuscrito



Fonte: Dados da autora, 2015.

Antes de apresentarmos os manuscritos, torna-se relevante caracterizar os participantes do estudo. O quadro 02 mostra esta caracterização, onde os participantes foram identificados com a sigla de E da palavra Enfermeiro, e F de Fisioterapeuta para garantir seus anonimatos, seguida de número arábico sequencial de acordo com sua entrada no estudo.

Quadro 02- Caracterização dos enfermeiros e fisioterapeutas participantes do estudo

Identificação	Sexo	Idade	Tempo de Formação	Tempo total de Trabalho no Município de Florianópolis
E1	F	27	5 anos	3 anos e 6 meses
E2	F	30	8 anos	4 anos
E3	F	34	9 anos	7 anos
E4	F	32	4 anos	3 anos e 10 meses
E5	F	48	27 anos	17 anos
E6	F	55	30 anos	13 anos
E7	F	31	9 anos	1 ano e 6 meses
E8	F	30	6 anos	2 anos
E9	F	37	15 anos	13 anos
E10	F	33	7 anos	6 meses
F1	F	32	10 anos	1 ano e 6 meses
F2	M	38	15 anos	6 anos
F3	F	29	7 anos	3 anos e 6 meses
F4	F	33	7 anos	5 anos
F5	F	30	8 anos	4 anos
F6	F	40	14 anos	5 anos
F7	F	36	13 anos	6 anos
F8	F	36	16 anos	6 anos e 6 meses
F9	F	32	10 anos	3 anos e 6 meses
F10	F	33	7 anos	4 meses
F11	F	29	8 anos	6 anos
F12	F	31	7 anos	2 anos e 6 meses
F13	M	35	10 anos	1 ano e 6 meses
F14	M	31	9 anos	5 anos e 6 meses

Fonte: Dados da autora, 2015.

A caracterização evidencia que a maioria dos profissionais que participaram do estudo foram: do sexo feminino; com idade entre 27 a 55 anos; com tempo de formação entre quatro a 30 anos; e com tempo total de trabalho na prefeitura do Município de Florianópolis entre quatro meses e dezessete anos.

6.1 MANUSCRITO 1: ATENÇÃO PRIMÁRIA E OS DESAFIOS PARA FISIOTERAPEUTAS E ENFERMEIROS ASSISTIREM MULHERES IDOSAS COM INCONTINÊNCIA URINÁRIA

ATENÇÃO PRIMÁRIA E OS DESAFIOS PARA FISIOTERAPEUTAS E ENFERMEIROS ASSISTIREM MULHERES IDOSAS COM INCONTINÊNCIA URINÁRIA

PRIMARY AND CHALLENGES FOR PHYSICAL THERAPISTS AND NURSES WATCH OLDER WOMEN WITH URINARY INCONTINENCE

PRIMARIA Y DESAFÍOS PARA TERAPEUTAS FÍSICOS Y ENFERMERAS MIRAN LAS MUJERES MAYORES CON INCONTINENCIA URINARIA

Andreliise Viana Rosa Tomasi
Silvia Maria Azevedo dos Santos

RESUMO

Trata-se de um estudo de abordagem qualitativa, do tipo exploratório-descritivo, que usou como referencial teórico a promoção da saúde. O objetivo deste estudo foi conhecer como os fisioterapeutas e enfermeiros cuidam de mulheres idosas com incontinência urinária na Atenção Primária de Saúde, em um Distrito Sanitário de Saúde de uma capital do Sul do Brasil. Os dados foram coletados entre agosto e outubro/2014 através de entrevistas semiestruturadas realizadas com 14 fisioterapeutas e 10 enfermeiros. A análise dos dados deu-se a partir da Análise Temática, em três etapas: pré-análise; exploração do material; tratamento dos resultados obtidos. Ao fim da análise emergiram dois eixos temáticos: A invisibilidade do idoso e da incontinência urinária; e Como assistir mulheres idosas com incontinência urinária. Como resultados constatou-se que o cuidado à população idosa fica fragmentado dentro da Atenção Primária de Saúde. Os idosos são atendidos de acordo com a doença crônica que possuem ou a queixa principal que apresentam, isto é, sem uma atenção gerontológica. Além disso, parece que pouco é feito em relação à promoção de sua saúde ou estímulo ao autocuidado. O mesmo ocorre com relação à incontinência urinária, que não é investigada nem priorizada no cuidado. Conclui-se, com isso, que o tema mulher idosa com incontinência urinária não é abordada de forma eficaz. Verifica-se, assim, a necessidade de educação

permanente para que os profissionais possam responder aos desafios do envelhecimento populacional, em todos os aspectos da saúde, com vistas ao autocuidado.

Descritores: Idoso, Incontinência Urinária, Fisioterapia, Enfermagem, Atenção Primária à Saúde.

ABSTRACT

This is a qualitative study, exploratory-descriptive, which is used as theoretical framework to promote health. The objective of this study was to understand how physical therapists and nurses caring for elderly women with urinary incontinence in Primary Health Care in a Health Sanitary District of capital in southern Brazil. Data were collected between August and October / 2014 through semi-structured interviews with 14 physiotherapists and 10 nurses. Data analysis occurred from the thematic analysis in three steps: pre-analysis; exploration of the material; treatment of the results. After analyzing two main themes emerged: The invisibility of the elderly and urinary incontinence; Watching and elderly women with urinary incontinence. As a result it was found that care for the elderly population is fragmented within the Primary Health Care. The elderly are treated in accordance with chronic illness or who have the main complaint that feature, that is, without a gerontological attention. In addition, it seems that little is done about the promotion of their health or stimulus to self-care. The same is true with regard to urinary incontinence, which is not investigated or prioritized in care. It follows, therefore, that the elderly woman with urinary incontinence issue is not addressed effectively. There is thus the need for continuing education for professionals to meet the challenges of population aging in all aspects of health, with a view to self-care.

Descriptors: Aged. Urinary Incontinence. Physical Therapy Specialty. Nursing. Primary Health Care.

RESUMEN

Se trata de un estudio cualitativo, exploratorio-descriptivo, que se utiliza como marco teórico para promover la salud. El objetivo de este estudio fue comprender cómo los terapeutas físicos y enfermeras que atienden a las mujeres de edad avanzada que sufren de incontinencia urinaria en la Atención Primaria de la Salud en un Distrito Sanitario de Salud del capital en el sur de Brasil. Los datos fueron recogidos entre agosto y octubre / 2014 a través de entrevistas semi-estructuradas con 14 fisioterapeutas y 10 enfermeras. El análisis de datos se produjo a partir del análisis temático en tres etapas: pre-análisis; exploración del

material; tratamiento de los resultados. Después de analizar dos temas principales surgieron: La invisibilidad de la incontinencia urinaria y ancianos; Mirando y mujeres mayores con incontinencia urinaria. Como resultado se encontró que la atención a la población de edad avanzada está fragmentada en el de Atención Primaria de la Salud. Los ancianos son tratados de acuerdo con la enfermedad crónica o que tienen la principal queja de que disponen, es decir, sin una atención gerontológica. Además, parece que poco se hace acerca de la promoción de su salud o de estímulo a los cuidados personales. Lo mismo es cierto con respecto a la incontinencia urinaria, que no se investigó o prioridad en la atención. De ello se desprende, por tanto, que la mujer de edad avanzada con la edición de la incontinencia urinaria no se aborda de manera efectiva. Existe, pues, la necesidad de la educación para los profesionales para afrontar los retos del envejecimiento de la población en todos los aspectos de la salud continua, con vistas a los cuidados personales.

Descriptor: Anciano. Incontinencia Urinaria. Fisioterapia. Enfermería. Atención Primaria de Salud.

INTRODUÇÃO

O processo de transição demográfica e epidemiológica nos últimos anos, no Brasil, trouxe questões decisivas para os gestores, pesquisadores e profissionais da saúde. Contudo, esse aumento de pessoas idosas é um fenômeno mundial, que ocorre de forma radical e acelerada (VERAS, 2009). Devido a essa transição, sobreveio também uma alteração epidemiológica, ou seja, as doenças infectocontagiosas diminuíram e aumentaram as doenças crônicas não transmissíveis (NASRI, 2008).

Nesse contexto de transformações vimos surgir novos desafios para o cuidado. Os profissionais precisam estar preparados para atender as necessidades desse grupo populacional, uma vez que exigem cuidados que vão se tornando cada vez mais complexos com o avançar da idade. Frente a isso, a Atenção Primária de Saúde (APS), como porta de entrada no Sistema Único de Saúde (SUS), é um importante espaço da rede de atenção à saúde para atender essa população, de tal forma que se possa enfatizar ações de promoção da saúde e prevenção de agravos.

Uma das condições que intervém na saúde do idoso são os problemas identificados na geriatria como as síndromes ocorrem independentemente de doenças específicas, como é o caso da incontinência urinária (IU), que afeta muitas pessoas de qualquer idade,

mas de forma mais enfática a população idosa. Essa síndrome gera um impacto importante na qualidade de vida dos idosos, especialmente no desenvolvimento das atividades sociais e familiares, bem como na atuação profissional (MORAES; MARINO; SANTOS, 2010). Esse problema atinge principalmente as mulheres idosas, uma vez que estão mais predispostas aos fatores de risco, tais como: problemas gineco-obstétricos, sedentarismo, obesidade, constipação, uso de alimentos irritantes vesicais, presença de doenças crônicas, polifarmácia, entre outros (PITANGUI; SILVA; ARAÚJO, 2012).

Diante do que foi exposto, os cuidados para a IU são importantes para a assistência na APS, pois os sintomas causam desconfortos, perda da autoconfiança, interferindo de forma negativa na qualidade de vida das mulheres idosas. Ainda que geralmente ocorra uma subnotificação desse agravo, a presença do mesmo é muito frequente, de 30 a 60%, dependendo do grau de fragilidade, podendo representar um problema de saúde pública (MORAES, 2012).

Nesse contexto, a sensibilidade dos profissionais da APS para investigar a ocorrência de IU é fundamental, pois é nesse nível de atenção que podem ser concentrados os esforços no sentido de desenvolver ações buscando a prevenção da perda urinária, e/ou minimizando complicações e danos à saúde. Os profissionais da enfermagem e fisioterapia possuem um papel essencial, por terem a oportunidade de identificar e tratar o problema da IU, através, por exemplo, da terapia comportamental, além de poderem trabalhar com estratégias para orientação e prevenção desse agravo (LANGONI et al., 2014; MATA et al., 2014).

Essas questões demonstram a necessidade de aprofundar os aspectos que circundam a assistência recebida pelas mulheres idosas incontinentes na APS. Diante do exposto, este estudo teve como objetivo: Conhecer como os fisioterapeutas e enfermeiros cuidam de mulheres idosas com incontinência urinária na Atenção Primária de Saúde.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo exploratório-descritivo com abordagem qualitativa, que usou como referencial teórico a promoção da saúde. A coleta de dados foi realizada no período de agosto e outubro de 2014, em um Distrito Sanitário de Saúde de uma capital do Sul do Brasil. Os dados foram coletados com fisioterapeutas da Secretaria Municipal de Saúde (SMS), e com enfermeiros do Distrito Sanitário de Saúde do

Centro (DS do Centro). A escolha por profissionais que atuavam apenas no DS Centro, no caso dos enfermeiros, e por profissionais que atuavam em todo município, no caso dos fisioterapeutas, ocorreu na tentativa de parer o número de participantes de ambas categorias profissionais.

Inicialmente foi feito contato com todos os profissionais com potencial à participar do estudo, nesse encontro a pesquisadora apresentou os objetivos do estudo, os procedimentos para a coleta de dados, e os convidou a participarem da pesquisa. Os profissionais que não estavam presentes nas reuniões, foram convidados via e-mail ou por telefone.

O estudo contou com uma população de 14 fisioterapeutas e 10 enfermeiros, respeitando os critérios de inclusão e disponibilidade dos participantes. Para os fisioterapeutas foram observados os seguintes critérios de inclusão: Ser fisioterapeuta do Município de Florianópolis independente do Distrito Sanitário e estar desenvolvendo atividades assistenciais no mínimo há quatro meses. Os critérios de inclusão para os enfermeiros: Ser enfermeiro do DS do Centro e estar desenvolvendo atividades assistenciais no mínimo há quatro meses. Estes critérios foram estabelecidos com a intenção de incluir profissionais que já possuíam o conhecimento com o sistema burocrático do Município e o vínculo com a comunidade.

A coleta de dados foi realizada no dia e horário previamente agendado, nos centros de saúde e nas policlínicas, conforme a preferência do participante. Utilizou-se um roteiro semiestruturado contendo perguntas de duas natureza, onde as primeiras visavam a caracterização dos sujeitos e as seguintes buscavam conhecer como era feita a assistência de mulheres idosas com IU. As entrevistas tiveram a duração média de 30 minutos e foram gravadas em áudio digital, com anuência dos participantes da pesquisa. Logo após a realização das entrevistas, estas foram transcritas em um editor de texto.

O processo de análise de dados deu-se a partir da Análise Temática (MINAYO, 2004), sendo essa dividida em três etapas: pré-análise; exploração do material; tratamento dos resultados obtidos. Durante a pré-análise realizou-se uma leitura flutuante de todas as entrevistas transcritas, para uma maior aproximação com as ideias emergentes, assinalados no próprio texto os aspectos que mais chamavam a atenção. Na etapa seguinte, realizou-se a releitura do conteúdo para a identificação das unidades de registros, ou seja, os temas surgidos do conjunto da mensagem e a delimitação do contexto para a compreensão da unidade de registro. Nesse processo, procedeu-se a codificação, a classificação e a reflexão que possibilitaram a

construção dos eixos temáticos e das categorias, as quais passaram a ser analisadas segundo aspectos comuns ou que, de alguma forma, relacionavam-se entre si.

Quanto aos aspectos éticos, a pesquisa foi norteada pela Resolução 466/12, do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde (BRASIL, 2013), teve autorização do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de Santa Catarina, sob o parecer nº 766.045. Os participantes receberam informações claras e concisas sobre a justificativa e objetivos referentes à pesquisa da qual participariam. Assim, todos os sujeitos da pesquisa leram e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, e somente depois disso foram realizadas as entrevistas. Em respeito à questão do sigilo e anonimato, os informantes foram identificados pelas letras “F” de fisioterapeuta e “E” de enfermeiro, seguidas de algarismo árabe pela ordem de entrada no estudo.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Esse estudo contou com a participação de vinte e quatro (24) informantes dos quais 14 foram profissionais da fisioterapia e 10 profissionais da enfermagem. Com relação ao sexo 11 fisioterapeutas eram do sexo feminino e três do sexo masculino, ao passo que todos os enfermeiros eram do sexo feminino. Com relação ao tempo de trabalho na Prefeitura do Município de Florianópolis os profissionais apresentaram variações que oscilaram entre quatro meses quem tinha menos tempo de serviço e dezessete anos quem tinha o maior período.

Após o processo de análise dos dados chegou-se a dois eixos temáticos, que são: A invisibilidade do idoso e a incontinência urinária; e Desafios para assistir mulheres idosas com incontinência urinária. Cada um desses eixos é sustentado por um conjunto de categorias que buscam responder o objetivo desta pesquisa.

A invisibilidade do idoso e da IU

Este eixo temático busca abordar a questão do trabalho de fisioterapeutas e enfermeiros na APS, para a clientela idosa por eles assistidos, bem como a investigação da IU. Tal eixo é apoiado pelas seguintes categorias: fragmentação do cuidado ao idoso; dificuldades identificadas pelos profissionais na assistência à mulher idosa com IU; e a referência e contrarreferência da assistência de mulheres idosas com

IU. Na sequência passamos apresentar e discutir cada uma dessas categorias.

Durante esta pesquisa pôde-se observar que não há um olhar da pessoa idosa na sua integralidade por parte dos fisioterapeutas e enfermeiros, o que caracterizou uma **fragmentação do cuidado ao idoso**. Os atendimentos são focados nas doenças, como, por exemplo, hipertensão, diabetes ou problemas neurodegenerativos. Durante as falas nas entrevistas percebemos que os atendimentos são direcionados à queixa principal. Esse aspecto pôde ser observado nas emissões abaixo:

A gente atende mulheres idosas, não tem assim um atendimento, vaga agendada para mulheres idosas, no preventivo é na consulta de saúde da mulher (...), também como marcador de diabetes, foco mais voltado para atendimento nos grupos de prevenção de educação em saúde. (E3)
[A mulher idosa procura devido] às dores musculares, queixas em relação à redução de mobilidade (...), coluna, membro superior e joelho, bastante demanda relacionados com problemas ortopédicos. (F13)

Diante dos relatos acima, a população idosa é atendida como um marcador de doença, não sendo investigados outros problemas para se trabalhar com a promoção da saúde, conforme estabelecido pela Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS), onde se afirma que as ações públicas devem ir além da ideia da cura e reabilitação (BRASIL, 2010).

No entanto, é através da promoção da saúde que os profissionais têm condições de orientar as mulheres idosas, para assim proporcionarem melhor qualidade de vida, nesse momento da senescência. Ainda, nesse aspecto, pôde-se observar em relação ao cuidado de mulheres idosas com IU que, dentro da APS, aparece demanda, mas a mesma não é investigada rotineiramente. Este assunto deveria estar mais presente nas consultas de enfermagem e no próprio dia a dia dos demais profissionais da Estratégia de Saúde da Família (ESF) e do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), pois a prevalência de IU cada vez mais aumenta nessa população (MORAES, 2012).

Por outro lado, ocorreu também o relato de um informante que demonstrou que, quando tem algum profissional atento à saúde do idoso, outros aspectos são investigados e evidenciados nas consultas, como é possível observar abaixo:

Pra essa questão da incontinência vai depender muito do Centro de Saúde, a gente tinha uma médica, que ela tem um interesse muito grande pela questão da incontinência, ela sensibilizou toda a equipe, aí veio essa demanda pra [fisioterapia], pra eu fazer uma capacitação com a equipe. (F7)

Verifica-se, assim, que quando uma equipe possui um profissional com olhar mais sensível para as demandas gerontológicas esse pode motivar toda a equipe, a fim de realizar uma assistência que vá além do marcador doença. No caso da IU sugere-se uma abordagem multiprofissional, incluindo enfermeiros, médicos clínicos gerais, médicos da família, fisioterapeutas e nutricionistas atuantes na APS, para favorecer a detecção precoce e o tratamento adequado desse agravado (BARBOSA et al., 2009).

Os profissionais da saúde se encontram ainda com algumas dificuldades relacionadas aos atendimentos à pessoa idosa e, em especial, em relação à IU, como podemos identificar na próxima categoria, que aborda as **dificuldades identificadas pelos profissionais na assistência à mulher idosa com IU**.

Nesta categoria serão demonstradas as dificuldades relatadas pelos fisioterapeutas e enfermeiros para atender mulheres idosas que possuem perda de urina. Segundo os informantes, os problemas são: a falta de estrutura física adequada, a grande demanda de outros atendimentos, falta de horário para agenda, entre outros, conforme se observa nas falas a seguir:

Dificuldade para atingir a população, teria que ter uma estrutura mínima, aquisição de equipamentos, trazer profissionais com maior conhecimento ou especialistas nessa área, e é difícil agregar mais uma demanda. (F13)

Dificuldade (...) eu acho que a gente não tem essa vaga, sabe, voltada pra idosa como um todo, sem ela ter um marcador, um olhar mais diferenciado pra essa população que, de certa forma, vem sendo atendida. (E3)

Acho que a principal barreira é o não enxergar essa população [de IU], a gente não consegue identificar. (F7)

Foram percebidas, a necessidade de incluir no atendimento aos idosos um olhar de forma integral, podendo neste momento incluir ações de prevenção e promoção da saúde. Portanto, não basta justificar o não atendimento somente pelas dificuldades de infraestrutura ou pelo que rege a gestão de cuidado, pois se tem uma população que vem crescendo demograficamente e epidemiologicamente, do ponto de vista de doenças crônicas e agravos na saúde, entre elas a IU. Caso os profissionais não se sintam habilitados ou com competência para atender essas demandas, é preciso ir em busca dessas capacitações. Dessa forma, estarão instrumentalizados para assistirem aos idosos em todas as suas necessidades de cuidado, inclusive a ocorrência de IU.

Os índices de acometimento da IU em idosos são variados, porém existem poucos estudos em relação à prevalência de IU em nosso país. No entanto, já podemos considerar que é um problema de saúde pública, pois esse agravo afeta 30% das mulheres idosas na comunidade (BERLEZI et al., 2009). Estudo realizado por Langoni et al. (2014) verificou uma prevalência de IU em 60% das 270 mulheres idosas participantes do estudo, pois elas relataram perder urina quando realizavam algum esforço ou quando não conseguiam chegar a tempo ao banheiro.

Muitos casos ainda se encontram ocultos, negligenciados ou subtratados por parte dos profissionais da saúde, apesar de a IU ser hoje considerada como um dos problemas da geriatria, ocasionando efeitos negativos na qualidade de vida das pessoas afetadas, esse agravo está longe de ser resolvido, pois muitos profissionais consideram ser esse um problema de uma especialidade médica, não investigando sua ocorrência nem buscando fazer algo pela população acometida com episódios de perda de urina (LOUREIRO et al., 2011; SILVA; OLIVA, 2011; MACIEL, 2011).

Em estudo realizado por Silva e Lopes (2009), com objetivo de saber por quais motivos as mulheres não procuravam um tratamento para os sintomas decorrentes da perda de urina, verificou-se que grande parte das participantes não conhecia nenhum tipo de tratamento, as que conheciam só sabiam do procedimento cirúrgico. Essas mulheres ainda informaram que não buscaram esse tratamento por acharem ser normal perder urina com o avançar da idade, além do fato de muitos médicos não terem recomendado qualquer tipo de tratamento.

Vale salientar que existem diferentes tipos de tratamentos conservadores, os quais podem ser implementados na APS. Para isso, os profissionais da saúde, tanto os enfermeiros quanto os fisioterapeutas, precisam estar habilitados/capacitados com relação às técnicas

existentes. Assim, poderiam explicar à população idosa que esse problema não faz parte do processo inerente do envelhecimento, reforçando que quando ocorre, é possível minimizar os episódios de perda de urina ou até mesmo conduzir ao restabelecimento da continência com um tratamento adequado e orientado.

Frente às dificuldades relatadas pelos profissionais entrevistados no presente estudo, para atender mulheres idosas com queixas de perdas urinárias, verificou-se que a estratégia que eles utilizavam era o encaminhamento para outros profissionais, geralmente especialistas da área médica. No entanto, não existia acompanhamento dos casos para verificar se houve ou não resolução do problema; ainda que a APS (BRASIL, 2012), considere a possibilidade de encaminhamentos, essa deve ocorrer na lógica de referência e contrarreferência. O que vamos discutir na categoria seguinte é justamente como se davam a prática dos fisioterapeutas e enfermeiros a **referência e contrarreferência da assistência de mulheres idosas com IU**.

Neste tópico, destacamos como acontecia o acompanhamento de pacientes com IU, quando esses eram identificados na APS. Segundo os informantes desta pesquisa, a estratégia mais utilizada era a de encaminhamento a serviços parceiros da Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis e ou a médicos especialistas. Assim, ficou evidente que os profissionais não tinham condições de prover esse atendimento, mas também que não faziam o acompanhamento dos pacientes encaminhados. Essa condição está relatada nas falas a seguir:

Não, esse feedback (...) a gente não tem, é bem difícil, a demanda é muito grande. (F8)

É uma demanda que fica meio negligenciada não se tem um ambulatório bem atuante [para IU]. (F9)

Não tive retorno de nenhuma, outra que eu sei que fez cirurgia, mas a gente não tem registrado (...) para saber o que aconteceu depois, se foram na ginecologista ou fazer fisioterapia. (E2)

Podemos perceber que, apesar de se constituir como uma das bases de mudança no sistema de saúde, o exercício prático de referência e contrarreferência se encontrava pouco desenvolvido dentro da realidade dos profissionais deste estudo. Ainda que o preconizado seja que, a partir das demandas identificadas no trabalho em conjunto dos profissionais das equipes da ESF e do NASF para as populações específicas, deve-se desenvolver uma prática de encaminhamento com

base no processo de referência e contrarreferência, ampliando-a para um processo de compartilhamento de casos e acompanhamento longitudinal de responsabilidade das equipes, atuando no fortalecimento de seus princípios (BRASIL, 2012).

Visando à organização do fluxo de usuários e garantindo as ações de saúde, pode-se entender que a busca pelos facilitadores de processos de referência e contrarreferência, monitorados por acompanhamento e avaliação, pode ser considerada fundamental para a concretização do princípio da integralidade, mas essas técnicas assistenciais ainda são frágeis e isoladas, não permitindo generalizações, mesmo ao nível de políticas públicas municipais (FRATINI; SAUPE; MASSAROLI, 2008).

Um dos fundamentos da APS é realizar o acompanhamento sistemático dos resultados. Vale destacar que, além das prioridades impostas pela instituição pública, no decorrer deste estudo ficou clara a ausência de cuidado às mulheres idosas com IU, fato este inclusive percebido pelos próprios profissionais. Diante disso, surgiu outro eixo temático que aborda como esses profissionais realizam a assistência de mulheres idosas com IU.

Como assistir mulheres idosas com IU

Este segundo eixo temático visa discorrer sobre como as mulheres idosas com IU estão sendo cuidadas dentro da APS. Tal eixo é apoiado pelas seguintes categorias: O que fazemos; O que precisamos aprender com relação à IU; e as Estratégias para atender mulheres idosas com IU. Na sequência passamos apresentar e discutir cada uma dessas categorias.

Durante as entrevistas foi identificado como os profissionais enfermeiros e fisioterapeutas desenvolviam sua rotina de assistência no tocante às mulheres idosas com IU, e foi a partir da análise dessas entrevistas que emergiu a categoria **o que fazemos**. Alguns fragmentos das entrevistas apresentados a seguir mostram o que mais comumente é feito pelos profissionais:

(...) a gente orienta aqueles exercícios de abrir e fechar as pernas e fazer contração da vagina, urinar e soltar, pra ir trabalhando a musculatura. (E6)

Tento orientar algum exercício de fazer borboletinha com as pernas, fazer pausas durante

o xixi, segurar um pouquinho e soltar (...) como é uma coisa que vejo pouco, a gente acaba não olhando e passando, a gente esquece as orientações. (E1)

Eu não tenho conhecimento muito aprofundado, é uma coisa bem generalista, sempre que acontece de aparecer um caso diferente ou outro, eu acabo buscando alguma coisa na literatura. (F11)

Não faço atendimento porque a gente não tem essa área específica na prefeitura, são acolhidas, explico conforme os exercícios que podem fazer sozinhas em casa e são encaminhadas [para as instituições conveniadas]. (F1)

Investigar quanto tempo, se já foi avaliada por algum profissional da área, a minha abordagem é encaminhar geralmente para ginecologista. (E3)

Acredito que é uma demanda que fica meio negligenciada e com poucas orientações. (F9)

Fica evidenciado nas falas que, de certa forma, alguns profissionais compreendiam um pouco sobre a ocorrência da IU, mas que não dominavam o assunto. Isto deixou claro que seria fundamental um conhecimento além dos exercícios de contração do períneo, pois ainda existem diversos tipos de tratamentos conservadores e orientações que podem ser realizadas dentro da APS, estes são regulamentados por seus Conselhos.

Portanto, dentro das diversas competências do enfermeiro, este profissional se encontra apto para estabelecer um programa preventivo para IU, principalmente do ponto de vista da reeducação do assoalho pélvico inferior, que são as orientações sobre hábitos de vida, promoção do autocuidado, diário miccional, exercícios perineais, alteração de hábitos alimentares e micção programada (CALDAS et al., 2010).

Também existe a especialidade de estomoterapeuta, que é voltada às pessoas com estomias, fístulas, feridas e incontinências, para a qual muitos profissionais de enfermagem também se habilitam. Esses tratamentos buscam a melhoria da qualidade de vida nos aspectos preventivos, terapêuticos e de reabilitação (SOBEST, 2009).

A formação profissional e a regulamentação da profissão do fisioterapeuta os habilita a assistirem as mulheres em uma infinidade de problemas, incluindo a IU. Diversos tratamentos conservadores este profissional pode realizar, como: cinesioterapia para os músculos do assoalho pélvico, massagem perineal, consciência corporal, *biofeedback*

mamométrico ou eletromiográfico, e eletroestimulação de superfície e intracavitário, tanto na região vaginal e anal, uso de cones vaginais, propriocepção, entre outras. Estas ações visam um envelhecimento saudável, além de viabilizar o alívio da IU ou a total resolução desse agravo (CREFITO, 2010).

Infelizmente, para os fisioterapeutas e enfermeiros deste estudo, essa condição é vista para ser tratada por um especialista. Entretanto, se os profissionais da APS apresentarem conhecimentos consistentes em relação aos sintomas da IU, souberem identificar os diferentes tipos de IU e as possibilidades de tratamento, muitos casos poderiam ser minimizados desde a APS, especialmente se enfermeiros e fisioterapeutas trabalharem dentro de uma abordagem multiprofissional. Assim, cada profissional pode contribuir com o seu conhecimento e juntos elaborarem um plano terapêutico mais adequado a cada caso.

Diante disso, a categoria a seguir discorre sobre o que os profissionais da APS identificaram como **o que precisamos aprender com relação à IU**. Em seus discursos, os informantes sugeriram a necessidade de capacitação permanente, para qualificá-los e melhorar a atenção à população idosa e, em especial, nos casos de IU. Lembrando que a APS é a porta de entrada na rede de atenção à saúde, espera-se que os profissionais tenham habilidades e competências necessárias para atender às demandas essenciais dessa população. Nesse sentido, compreende-se que não é necessário ter especialistas em gerontologia ou urologia para assistir idosos, o que se defende é que tanto os fisioterapeutas quanto os enfermeiros consigam prestar uma assistência gerontologicamente sensível também quanto aos problemas da IU.

Durante esta pesquisa, pôde-se perceber, nas falas dos profissionais, a falta de conhecimento e experiência em relação aos cuidados com a IU, deixando claro que esse assunto deveria ser mais aprofundado como forma de capacitação ou dentro de um programa de educação permanente:

Se tivesse alguma capacitação eu tô disposta, não é uma coisa que a gente tem na graduação de enfermagem (...) a gente não tá acostumado a fazer. (E2)

O que facilitaria bastante pra gente eu acho que é a questão da educação permanente, pra gente ter essas orientações gerais e passar para as equipes. (F14)

Nesta pesquisa, ao se indagar sobre os cuidados prestados às mulheres idosas com IU na APS, podemos perceber que os mesmos sentiam-se despreparados para investigar e cuidar dos achados relacionados aos episódios de perda urinária.

Em estudo norte-americano realizado por Westra et al. (2013), o objetivo foi de descrever a prevalência, incidência e eficácia dos cuidados prestados relacionados com feridas, incontinência e infecção do trato urinário, com ou sem enfermeiro especializado. A pesquisa deu-se através dos dados coletados dos registros eletrônicos de agências de saúde. Os achados demonstraram que os pacientes usuários dessas agências eram predominantemente idosos em 82% dos casos, e uma porcentagem maior de mulheres, de 65%. O quadro clínico de maior prevalência foi de IU, compreendendo quase todos os episódios de cuidados.

Portanto, não necessariamente os profissionais deverão se especializar em todas as áreas de atuação, mas, frente ao crescente aumento da população idosa, se faz necessário que todos os profissionais busquem conhecimentos gerontológicos já desde a vida acadêmica, pois seguramente irão assistir a idosos nos diferentes cenários de cuidado.

São múltiplas as possibilidades de tratamentos existentes, levando em conta também as condições de saúde e a vontade de cura pelo paciente. Assim, segue abaixo a categoria sobre as **estratégias para atender mulheres idosas com IU** na APS.

A IU é uma realidade para muitas mulheres idosas e pode ter um impacto significativo no seu envelhecimento, interferindo diretamente na sua qualidade de vida. No entanto, a procura de cuidados para a IU ainda é pequena, segundo o relato dos informantes, e os profissionais também não investigam adequadamente as questões relativas às perdas urinárias involuntárias.

Nesse sentido, as dificuldades se somam para consolidar um pacto de silêncio sobre o assunto. Por outro lado, são amplas as possibilidades de crescimento desse tipo de atendimento de forma rotineira, o que ficou evidenciado nas falas dos profissionais, conforme pode ser lido a seguir:

Demanda sempre tem, de repente com a divulgação, porque às vezes elas acabam não falando muito, então acho interessante. (E4)
Tem demanda, talvez agora não esteja aparecendo, mas existe, agora, por que será que

os profissionais não tão conseguindo detectar? Porque não tem o que fazer e deixa aquela demanda ali paradinho. (F9)
Acho que a IU é uma especialidade que valeria a pena abrir (...) porque a gente aumentou a perspectiva de vida, tem muito mais idosas agora na população, isso interfere na qualidade de vida. (F1)

Esses relatos evidenciam que existe demanda, mas a mesma não é investigada nem tratada de forma adequada. Talvez, se os próprios profissionais soubessem como abordar o assunto e intervir, ficasse claro para as usuárias que a IU é um problema que pode ser minimizado ou resolvido.

Em estudo realizado por Barbosa et al. (2009), junto a profissionais da saúde, incluindo médicos clínicos gerais, médicos da família e enfermeiros, constatou-se que esses raramente investigavam a presença de IU ou mesmo não o faziam. Além disso, quando ocorria alguma intervenção, a conduta era desconhecida ou não era a mais adequada.

Strickland (2014) realizou uma revisão de literatura sobre os temas atuais relacionados com a procura de cuidados de mulheres idosas que apresentam IU. Ele verificou, em alguns estudos, que as mulheres mais velhas, quando apresentavam uma intensidade mínima dos sintomas urinários, não iam à procura de cuidados. Elas entendiam que essa condição fazia parte do processo de envelhecimento, porque acreditavam que nada poderia ser feito, ou seja, não tinham conhecimento sobre os tratamentos existentes, para diminuir os sintomas ou até mesmo conseguir o retorno à continência.

Frente a isso, pode-se perceber que as dificuldades em abordar as questões relativas à IU são tanto dos profissionais quanto das pacientes que, em geral, têm vergonha de falar sobre suas perdas urinárias. Portanto, entre as possibilidades futuras podemos destacar a necessidade de se estabelecer melhor o vínculo entre profissional e a paciente idosa, para que esse assunto seja abordado de forma mais apropriada dentro da APS, além do fato de os profissionais estarem mais bem preparados para assistir essa clientela, com todas as demandas decorrentes do envelhecimento.

Por outro lado, os profissionais investigados conseguiram identificar algumas facilidades para estratégias dentro da APS, para assistir mulheres idosas com IU, a partir do momento em que

conseguiram identificar, abordar e direcionar um tratamento mais adequado para essa população. Além disso, existem formas que podem favorecer ou minimizar os sintomas dos episódios de perda urinária, em orientações simples, conforme evidencia-se as falas abaixo:

Facilidades... a gente percebe que muitas coisas simples podem ser resolvidas, desde que bem orientadas. (F8)

Facilidade de chegar [nas mulheres incontinentes] através da equipe, principalmente de enfermagem. (F12)

Facilidades é que [no CS] é uma porta aberta. (E2)

Facilidade eu acho que é poder estar atuando com outros profissionais. (F9)

Facilidades é a questão do prontuário unificado, informatizado, facilita a nossa abordagem de forma mais integral. (F14)

Percebe-se, assim, que os profissionais estavam cientes de que com uma capacitação na área gerontológica conseguiriam abordar melhor o tema das perdas urinárias com os idosos, além de implementarem condutas de cuidado com vistas à promoção da continência ou redução dos seus danos. Por outro lado, na APS é possível uma abordagem em equipe multidisciplinar onde os profissionais podem propor soluções em conjunto e assistir de maneira ampla toda a gama de cuidados possíveis para o cuidado da IU (OLIVEIRA; SPIRI, 2006).

Em estudo realizado por Caldas et al. (2010), onde comparavam os resultados do tratamento medicamentoso, eletroestimulação transvaginal e terapia comportamental em pacientes com IU, em um ambulatório de urogeriatria, com uma equipe multidisciplinar, foram encontrados diferentes resultados. Durante esse estudo, as pacientes com diagnóstico urodinâmico de incontinência urinária de urgência (IUU) foram designadas para a terapia medicamentosa ou para a eletroestimulação. Ao passo que as pacientes com incontinência urinária de esforço (IUE) ou mista foram encaminhadas para a terapia comportamental pelo enfermeiro. Os achados mostraram o relevante papel do enfermeiro nesse tipo de tratamento, pois, das 12 mulheres idosas que realizaram a terapia comportamental, seis pacientes conseguiram zerar as perdas urinárias e as outras seis obtiveram uma diminuição da frequência das perdas.

A terapia comportamental pode ser realizada por ambos os profissionais da saúde, enfermeiros e fisioterapeutas, desde que esses tenham conhecimentos acerca das orientações corretas que devem ser implementadas caso a caso. Todos os tratamentos conservadores, como os exercícios de fortalecimento, a terapia comportamental, entre outros, devem ser executados antes do encaminhamento da paciente para um procedimento cirúrgico, pois é possível obter uma melhora do quadro dos sintomas da perda de urina.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este artigo vem agregar novo conhecimento em relação à temática estudada, ao mostrar como os profissionais fisioterapeutas e enfermeiros assistem as mulheres idosas com IU, demonstrando a dificuldade em identificar, tratar, orientar ou encaminhar essa população.

Portanto, os resultados advindos desta pesquisa revelam a necessidade desses profissionais aprimorarem seus conhecimentos, com vistas à melhoria no cuidado prestado à população idosa, de forma integral e contínua, observando-se que a prática assistencial desses ainda é insatisfatória no contexto pesquisado.

Verificou-se que existe necessidade de educação permanente ou uma capacitação para que os profissionais possam lidar com os desafios do envelhecimento populacional, em todos os aspectos da saúde. Para que os profissionais não apenas saibam como assistir essa clientela, como também estejam preparados para prestar cuidado à mulher idosa incontinente, de modo que a auxiliem a compreender a importância dos seus próprios cuidados. Além disso, mais pesquisas são necessárias para entender melhor as barreiras que as mulheres idosas incontinentes enfrentam na procura de cuidados.

É fundamental que as instituições de ensino estejam atentas às demandas em saúde da população idosa, de tal forma que consigam preparar os profissionais de saúde para cuidá-la, em especial, para a identificação do problema e fornecimento de tratamento adequado para IU.

REFERÊNCIAS

BARBOSA, S. S. et al. Como profissionais de saúde da rede básica identificam e trata a incontinência urinária feminina. **O Mundo da Saúde**, São Paulo, v. 33, n. 4, p. 449-56, 2009.

BERLEZI, E. M. et al. Incontinência urinária em mulheres no período pós menopausa: um problema de saúde pública. **Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.**, v. 12, n. 2, p. 159-73, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Promoção da Saúde**. 3. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

_____. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

_____. Ministério da Saúde. **Resolução Nº 466, de 12 de dezembro de 2012**. Conselho Nacional de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

CALDAS, C. P. et al. Terapia comportamental para incontinência urinária da mulher idosa: uma ação do enfermeiro. **Texto Contexto Enferm.**, Florianópolis, v. 19, n. 4, p. 783-88, out/dez., 2010.

CONSELHO REGIONAL DE FISIOTERAPIA E TERAPIA OCUPACIONAL DA 10ª REGIÃO (CREFITO - 10). **Fisioterapia na saúde da mulher**. Disponível em: <http://www.crefito10.org.br/conteudo.jsp?idc=393>>. Acesso em: 11 dez. 2014.

FRATINI, J. R. G.; SAUPE, R.; MASSAROLI, A. Referência e contra referência: contribuição para a integralidade em saúde. **Cienc Cuid Saude**, v. 7, n. 1, p. 65-72, 2008.

LANGONI, C. S. et al. Incontinência urinária em idosas de Porto Alegre: sua prevalência e sua relação com a função muscular do assoalho pélvico. **Fisioterapia Pesquisa**, v. 21, n. 1, p. 74-80, 2014.

LOUREIRO, L. S. N. et al. Incontinência urinária em mulheres idosas: determinantes, consequências e diagnósticos de enfermagem. **Rev Rene**, Fortaleza, v. 12, n. 2, p. 417-23, abr/jun., 2011

MACIEL, A. C. Incontinência urinária. IN: FREITAS, E.V.; PY, L. **Tratado de geriatria e gerontologia**. 3. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2011.

MATA, L. R. F. et al. Produção científica nacional em periódicos de enfermagem relacionada à incontinência urinária: revisão integrativa. **Rev Enfermagem UFPE on line.**, Recife, v. 8, n. 9, p. 3188-96, set., 2014.

MINAYO, M.C.S. **O desafio do conhecimento:** pesquisa qualitativa em saúde. 8ª ed. São Paulo: Hucitec-Abrasco, 2004.

MORAES, E. N.; MARINO, M. C. A.; SANTOS, R. R. Principais síndromes geriátricas. **Rev. Med. Minas Gerais**, v. 20, n. 1, p. 54-66, 2010.

MORAES, E. N. **Atenção à saúde do idoso: aspectos conceituais.** Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2012.

NASRI, F. O envelhecimento populacional no Brasil. **Einstein**, v. 6, supl.1, p. 4-6, 2008.

OLIVEIRA, E. M.; SPIRI, W. C. Programa saúde da família: a experiência de equipe multiprofissional. **Rev Saúde Pública**, v. 40, n. 4, p. 727-33, 2006.

PITANGUI, A. C. R.; SILVA, R. G.; ARAÚJO, R. C. Prevalência e impacto da incontinência urinária na qualidade de vida de idosas institucionalizadas. **Rev Bras Geriatr Gerontol.**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 4, p. 619-26, 2012.

SILVA, L.; LOPES, M. H. B. M. Incontinência urinária em mulheres: razões da não procura por tratamento. **Rev Esc Enferm USP**, v. 43, n. 1, p. 72-8, 2009.

SILVA, A. M. N.; OLIVA, L. M. P. Exercícios de kegel associados ao uso de cones vaginais no tratamento da incontinência urinária: estudo de caso. **Scientia Medica**, Porto Alegre, v. 21, n. 4, p. 173-76, 2011.

SOBEST – Associação Brasileira de Estomaterapia. **Competências do enfermeiro estomaterapeuta.** Assembléia Geral Ordinária de 25 de outubro de 2009. Brasília, 2009. Disponível em: http://www.sobest.org.br/index.php?option=com_content&view=article&id=28&Itemid=52>. Acesso em: 11 dez. 2014.

STRICKLAND, R. Reasons for not seeking care for urinary incontinence in older community-dwelling women. **Urol Nurs**, v. 34, n. 2, p. 63-68, 2014.

VERAS, R. Envelhecimento populacional contemporâneo: demandas, desafios e inovações. **Rev Saúde Pública**, v. 43, n. 3, p. 548-54, 2009.

WESTRA, B. L. et al. Effectiveness of wound, ostomy, and continence nurses on agency-level wound and incontinence outcomes in home care. **J Wound Ostomy Continence Nurs.**, v. 40, n. 1, p. 25-33, 2013.

6.2 MANUSCRITO 2: INCONTINÊNCIA URINÁRIA EM MULHERES IDOSAS: REFLEXÃO ACERCA DA PROMOÇÃO DA SAÚDE COM VISTAS AO AUTOCUIDADO

INCONTINÊNCIA URINÁRIA EM MULHERES IDOSAS: REFLEXÃO ACERCA DA PROMOÇÃO DA SAÚDE COM VISTAS AO AUTOCUIDADO

URINARY INCONTINENCE IN ELDERLY WOMEN: REFLECTION ON THE HEALTH PROMOTION WITH VIEWS TO SELF-CARE

INCONTINENCIA URINARIA EN MUJERES DE EDAD AVANZADA: REFLEXIÓN SOBRE LA PROMOCIÓN DE LA SALUD CON VISTAS A LOS CUIDADOS

Andreliise Viana Rosa Tomasi
Silvia Maria Azevedo dos Santos

RESUMO

Este estudo teve como objetivo identificar o conhecimento e as práticas assistenciais sobre a IU em mulheres idosas e desenvolver uma proposta de cuidado às mulheres idosas com incontinência urinária para à promoção da saúde no âmbito da Atenção Primária de Saúde. Trata-se de uma pesquisa qualitativa, com abordagem convergente-assistencial, como referencial teórico a Promoção da Saúde. Os dados foram coletados entre agosto e outubro/2014 através de entrevistas semiestruturadas e oficinas temáticas com 14 fisioterapeutas e 10 enfermeiros. A análise envolveu processos de apreensão, síntese, teorização e transferência, fazendo emergir dois eixos temáticos: Percepção dos profissionais acerca da incontinência urinária em mulheres idosas; e A concepção de uma proposta de cuidado à mulher idosa com incontinência urinária. Como resultados constatou-se o pouco conhecimento dos profissionais acerca da incontinência urinária, bem como a falta de informação em relação às possibilidades de orientações para o autocuidado a respeito dos sintomas urinários. Conclui-se, com isso, que há necessidade de implementar ações de capacitação com profissionais da APS, com vistas à melhoria no cuidado de mulheres idosas com incontinência urinária.

Descritores: Idoso, Incontinência Urinária, Fisioterapia, Enfermagem, Atenção Primária à Saúde.

ABSTRACT

This study aimed to identify the knowledge and care practices on the UI in older women and develop a care proposal to elderly women with urinary incontinence for the promotion of health in the context of Primary Health Care. It is a qualitative research with convergent-care approach as a theoretical Health Promotion. The data were collected between August and October / 2014 through semi-structured interviews and thematic workshops with 14 physiotherapists and 10 nurses. The analysis consisted of processes, synthesis, theorization and application, giving rise to two main themes: professionals' perception about urinary incontinence in older women; and the design of a care proposal to elderly woman with urinary incontinence. As a result it was found the little knowledge of the professionals about urinary incontinence, as well as the lack of information about the possibilities of guidelines for self care about the urinary symptoms. It can be concluded from this that there is a need to implement training activities with professionals in primary health care, with a view to improving the care of elderly women with urinary incontinence.

Descriptors: Aged. Urinary Incontinence. Physical Therapy Specialty. Nursing. Primary Health Care.

RESUMEN

Este estudio tuvo como objetivo identificar los conocimientos y prácticas de cuidado en la interfaz de usuario en las mujeres mayores y desarrollar una propuesta de atención a las mujeres de edad avanzada que sufren de incontinencia urinaria para la promoción de la salud en el contexto de la atención primaria de salud. Es una investigación cualitativa con enfoque de atención convergente como promoción teórica de la Salud. Los datos fueron recolectados entre agosto y octubre / 2014 a través de entrevistas semi-estructuradas y talleres temáticos con 14 fisioterapeutas y 10 enfermeras. El análisis consistió en procesos, síntesis, teorización y aplicación, dando lugar a dos temas principales: la percepción de los profesionales sobre la incontinencia urinaria en las mujeres de edad; y el diseño de una propuesta de la atención a la mujer de edad avanzada con incontinencia urinaria. Como resultado se encontró el poco conocimiento de los profesionales acerca de la incontinencia urinaria, así como la falta de información sobre las posibilidades de las directrices para el cuidado personal acerca de los síntomas urinarios. Se puede concluir de esto que existe la necesidad de implementar actividades de capacitación con los profesionales en la

atención primaria de la salud, con el fin de mejorar la atención de las mujeres de edad avanzada con incontinencia urinaria.

Descritores: Anciano. Incontinencia Urinaria. Fisioterapia. Enfermería. Atención Primaria de Salud.

INTRODUÇÃO

O envelhecimento humano traz inúmeros desafios para o cuidado decorrente das patologias crônicas existentes. Dentre tais desafios podemos incluir a incontinência urinária (IU), que pode implicar em problemas para um envelhecer saudável e com qualidade de vida.

As perdas urinárias acometem principalmente as mulheres, de várias faixas etárias, mas com maior prevalência em idosas, podendo variar de 26,2% a 37,9%, enquanto que no sexo masculino é de 6,2% a 15,5% (TAMANINI et al., 2009; SANTOS; SANTOS, 2010; ROSA et al., 2014). A alta prevalência em mulheres pode ser devida às transformações físico-funcionais que ocorrem ao longo do processo de envelhecimento como, por exemplo, o climatério e a menopausa.

Infelizmente no Brasil ainda não dispomos de dados estatísticos mais claros a esse respeito, uma vez que são escassos os estudos epidemiológicos. Isso se deve ao fato de a maioria das pesquisas ser realizada com amostras pequenas ou pontuais, além de utilizarem metodologias muito distintas.

Outro aspecto que merece destaque é o fato de a maioria das mulheres idosas subestimar ou omitir os sintomas de IU desde a fase inicial porém, com avanço desses elas acabam sofrendo prejuízos emocionais, sociais e físicos (RIOS et al., 2011). Muitas delas veem essa situação como algo normal da idade, ou seja, os sintomas da IU são naturalizados, fazendo com que essas mulheres acabem convivendo com isso sem buscar ajuda dos profissionais (HONÓRIO; SANTOS, 2009). Destaca-se que o não relato deste problema ocorre também devido ao sentimento de vergonha e pelo desconhecimento da existência de tratamento para minimização ou cura dos sintomas (BUSATO JR; MENDES, 2007).

Alguns estudos demonstraram a ocorrência de IU associada à idade avançada, ao histórico obstétrico e paridade, a cirurgias ginecológicas, à menopausa, à hipertensão arterial sistêmica, diabetes mellitus, obesidade, tabagismo, álcool, ingestão de líquidos cafeinados e ao sedentarismo (SONG et al., 2005; HIGA; LOPES; TURATO, 2008; MOURÃO et al., 2008; MENEZES et al., 2009; GOMES; SILVA, 2010; ZHU et al., 2010).

Outro aspecto que merece ser destacado em relação aos fatores de risco em mulheres idosas é que durante o processo de envelhecimento o trato urinário inferior pode ser prejudicado devido às alterações hormonais, levando a uma diminuição da força de contração da musculatura detrusora. Além disso, ocorre uma diminuição no número e densidade das fibras da musculatura lisa e estriada da uretra, incidindo também a diminuição do colágeno nas fâscias e ligamentos que sustentam a bexiga e a uretra, o que compromete a essência do processo de continência (BØ, SHERBURN, 2005; DANFORTH et al., 2006; CLOBES; DE LANCEY; MORGAN, 2008).

Com base nessas evidências, acredita-se que alguns comportamentos são passíveis de modificação e algumas pacientes, a princípio sem diagnóstico de IU prévio, podem vir a desenvolvê-la secundariamente ao tratamento de outras patologias. Por isso, se faz necessária a investigação precisa dos fatores de risco, para minimizar os sintomas advindos da IU (BERLEZI et al., 2011; SACOMORI; NEGRI; CARDOSO, 2013).

No entanto, o que se observa é que a IU tem sido negligenciada, principalmente, pela falta de informação ou de conhecimento dos profissionais da saúde a respeito dos fatores de risco associados aos sintomas de perdas urinárias, o que se torna uma barreira para o diagnóstico precoce (HIGA; LOPES; TURATO, 2008).

Acredita-se que retomando-se as capacitações e ou atualizações será possível contribuir para um atendimento de forma mais qualificada à saúde dos idosos. Os profissionais da saúde no âmbito multidisciplinar, desde a Atenção Primária de Saúde (APS), podem desenvolver intervenções visando à promoção da saúde e ao autocuidado de mulheres idosas incontinentes. Para tanto, é fundamental que os profissionais realizem os cuidados possibilitando melhor compreensão e conhecimento entre as idosas em relação aos sintomas e fatores de risco da IU. O que favorecerá às mulheres falarem sobre esse assunto e irem em busca de tratamento para o controle dessa morbidade, de tal forma que consigam aceitar e enfrentar os desafios provocados pelas perdas urinárias (BOLINA et al., 2013).

Contudo, tornam-se importantes a investigação, diagnóstico e tratamento desde a APS, que, como porta de entrada na rede de atenção à saúde, pode resolver esse agravo sem a necessidade de encaminhar para os serviços de média ou alta complexidade. Tais ações irão não apenas reduzir custos como também contribuir para uma qualidade de vida melhor das mulheres idosas incontinentes.

As questões aqui apresentadas demonstram a necessidade de aprofundar os aspectos de cuidados em relação à população idosa. Assim, este estudo teve como objetivo identificar o conhecimento e as práticas assistenciais sobre a IU em mulheres idosas e desenvolver uma proposta de cuidado às mulheres idosas com incontinência urinária para a promoção da saúde no âmbito da Atenção Primária de Saúde.

METODOLOGIA

Trata-se de uma pesquisa de abordagem qualitativa, do tipo convergente-assistencial (PCA), utilizando como referencial teórico a Promoção da Saúde. Os dados foram coletados entre agosto e outubro/2014 através das técnicas de entrevistas semiestruturadas e oficinas temáticas com 14 fisioterapeutas e 10 enfermeiros, em um Distrito Sanitário de Saúde de uma capital do Sul do Brasil.

Para a escolha dos participantes foram observados os seguintes critérios de inclusão para os fisioterapeutas: Ser fisioterapeuta do Município de Florianópolis independente do Distrito Sanitário e estar desenvolvendo atividades assistenciais no mínimo há quatro meses. Os critérios de inclusão para os enfermeiros: Ser enfermeiro do DS do Centro e estar desenvolvendo atividades assistenciais no mínimo há quatro meses. Estes critérios foram estabelecidos com a intenção de incluir profissionais que já possuíam familiaridade com as políticas assistenciais do Município e vínculo com os usuários de sua área ou comunidade.

As entrevistas ocorreram no local de trabalho dos participantes, mediante agendamento prévio. Após a realização de todas as entrevistas foram implementadas três oficinas temáticas, com intervalo de 30 dias entre cada uma delas. Na implementação das oficinas utilizamos várias estratégias, tais como: textos didáticos, artigos atualizados, figuras ilustrativas, exercícios de técnicas de fortalecimento muscular, entre outras.

A análise dos dados seguiu os passos de análise qualitativa sugeridos pela PCA: apreensão, síntese, teorização e transferência (TRENTINI; PAIM, 2004). Através das leituras e releituras dos textos gerados das transcrições das entrevistas e das oficinas surgiram as unidades de significado que deram origem ao processo de codificação. Este conduziu a elaboração das categorias que sustentam dois eixos temáticos: Percepção dos profissionais acerca da Incontinência urinária em mulheres idosas; e A concepção de uma proposta de cuidado à mulher idosa com IU.

A pesquisa atendeu à Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2013). Foi submetida ao Comitê de Ética em Pesquisas com Seres Humanos da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), aprovada com Parecer Consubstanciado sob o nº 766.045. Em respeito à questão do sigilo e anonimato, todos os sujeitos da pesquisa foram identificados com a letra “F” de fisioterapeuta ou “E” de enfermeiro, seguida de número arábico sequencial de acordo com sua entrada no estudo.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Estudo com a participação de vinte e quatro (24) informantes dos quais 14 foram profissionais da fisioterapia e 10 profissionais da enfermagem. Com relação ao sexo 11 fisioterapeutas eram do sexo feminino e três do sexo masculino, e os enfermeiros todos do sexo feminino. Com relação ao tempo de trabalho na Prefeitura do Município de Florianópolis variou entre 4 meses e dezessete anos.

Após o processo de análise dos dados chegou-se a dois eixos temáticos, que são: Percepção dos profissionais acerca da IU em mulheres idosas; e A concepção de uma proposta de cuidado à mulher idosa com IU. Cada um desses eixos é sustentado por categorias que buscam responder os objetivos desta pesquisa.

Percepção dos profissionais acerca da IU em mulheres idosas

Este eixo temático demonstra o que foi apurado quanto a percepção dos profissionais investigados em relação à IU em mulheres idosas. Tal eixo é amparado pelas seguintes categorias: conhecimento restrito/limitado sobre os fatores de risco para IU; a omissão das mulheres idosas de falar sobre a IU; e conhecimento limitado das práticas de cuidado às mulheres com IU. Esses dados foram coletados através das entrevistas.

Durante esta pesquisa foi possível observar que os fisioterapeutas e os enfermeiros apresentavam **conhecimento restrito/limitado sobre os fatores de risco para IU**, pois os mesmos apontaram apenas alguns fatores de risco que podem favorecer a ocorrência de IU em mulheres idosas. Essa condição pode ser observada nas falas a seguir:

A questão hormonal nas mulheres que afeta uma perda de controle, a questão do envelhecimento

de todo o sistema musculoesquelético que leva a uma fraqueza muscular, atrofia (...) (F8)
(...) a gente sabe a fisiologia do envelhecimento, tudo que essa mulher passou, a gestação, se tem sobrepeso, tudo isso vai influenciando. (F3)
(...) se está no climatério ou na menopausa, daí é comum (...), mas isso é do processo fisiológico. (E2)
(...) após um procedimento cirúrgico (...) (F14)

Esses depoimentos evidenciam que existe um conhecimento aparentemente difuso, mas não houve relatos sobre a importância de orientar as usuárias atendidas quanto a cuidados, tais como: hábitos alimentares saudáveis, uso correto de medicamentos, controle periódico das doenças crônicas (como, por exemplo, a hipertensão e o diabetes), medidas para prevenir constipação, evitar o tabagismo e uso de álcool, entre outros, mesmos sendo esses fatores de risco importantes na IU. Sabe-se que, se os profissionais utilizassem esses fatores de risco como informações para desenvolver estratégias de cuidado, poderiam prevenir e ou minimizar os episódios de perdas urinárias. Além disso, se as mulheres idosas fossem orientadas poderiam incorporar tais cuidados em sua rotina de autocuidado.

Outro aspecto que dificulta a identificação de pacientes com perda urinária é a questão da **a omissão das mulheres idosas de falar sobre a IU**, como o tabu e a vergonha, que as impede de se expressar sobre o assunto. Durante as entrevistas os profissionais também abordaram esse tema, propondo uma reflexão diante dessa situação. Devido a isso, vamos abordar essa questão como uma categoria deste estudo, apresentando abaixo o que foi dito pelos informantes:

Elas têm um bloqueio maior como se fosse um tabu, era uma parte proibida (...) (F12)
(...) percebo que ainda tem muito tabu, tem que ser bem conduzido, com as palavras bem colocadas. (F9)

Os próprios profissionais perceberam a delicadeza necessária para investigar a presença e frequência de perdas urinárias involuntárias. Acredita-se, portanto, que a capacitação dos profissionais seja um dos caminhos para que eles consigam abordar esse assunto de forma natural, fazendo com que a paciente se sinta à vontade em falar sobre o assunto.

Para as mulheres, a perda urinária é considerada um tabu provavelmente pelo constrangimento que essa condição impõe, o que as impede de buscar tratamento. Em estudo realizado por Elenskaia et al. (2011), com 142 entrevistados, perceberam que mesmo com a alta prevalência da IU, 60,6% consideraram um tabu falar sobre esse assunto.

Diante disso, fica evidenciado que, se de um lado existe ainda um tabu para o próprio paciente em falar sobre o assunto, de outro é necessário que os profissionais da saúde também vençam seus estigmas. Talvez fortalecendo vínculos com as usuárias, que pode favorecer para que esse assunto seja abordado de forma tranquila e aberta. Desse modo, as mulheres idosas terão maior acesso às informações e poderão compreender que a IU não faz parte do processo natural do envelhecimento, que há tratamentos conservadores disponíveis para a cura ou minimização dos sintomas.

Junto com o tabu em falar sobre o assunto, ocorre a vergonha que geralmente acompanha as mulheres idosas que sofrem de perdas urinárias involuntárias. A vergonha e o tabu das usuárias da APS associados ao silêncio dos profissionais acerca da IU favorecem a não investigação desse agravo. Isso talvez ocorra porque os profissionais não têm muito conhecimento sobre o que fazer com essas mulheres idosas incontinentes, conforme se verificou durante as entrevistas.

Wang et al. (2014), em relação às atitudes de 305 mulheres, com idade entre 40 e 65 anos, em procurar tratamento para IU, através de autorrelatos perceberam que o nível de vergonha internalizada foi mais relevante em relação ao isolamento social, e à rejeição social. As atitudes em relação ao tratamento para IU foram negativas para essas mulheres estudadas.

Borba, Lelis e Brêtas (2008), ao realizarem uma investigação com seis mulheres com o intuito de saber o significado de ter IU e ser incontinente, perceberam que o sentimento de vergonha diante da perda urinária interferia na vida social e no bem-estar das mesmas. Achados semelhantes foram encontrados por Lopes e Higa (2006), ao pesquisarem 164 mulheres incontinentes, onde 26,2% dessas citaram problemas psicológicos e emocionais associados à IU, tais como: vergonha, medo, nervosismo e depressão.

Em se tratando de mulheres idosas tanto as orientações quanto o manejo da IU devem ser de forma sensível e respeitosa, para auxiliá-las a expressar seus sentimentos e dúvidas, o que irá favorecer sua adesão ao tratamento proposto. Para assumir tal postura é preciso que os profissionais tenham conhecimento acerca desse agravo e das

possibilidades de tratamento, a fim de saber como investigá-lo junto às idosas. Assim, vamos discutir na próxima categoria o **conhecimento limitado das práticas de cuidado às mulheres com IU** sobre esse tema que os profissionais da saúde participantes deste estudo referiram, conforme se observa nas falas a seguir:

A relação que eu vejo é a não informação, é coisa de velho, esse mal que leva a esses transtornos biopsicossociais importante na mulher que poderia em grande parte ser minimizados. (F2)
[As mulheres] não questionam muito, por achar que não tem reversão, geralmente reclamam quando já têm a questão bem presente, falta de informação também. (E10)
Acho que é um pouco do fato de que as próprias usuárias não sabem que tem tratamento, desconhecem isso, não levam essa queixa para o centro de saúde (...). (F11)

Verifica-se nesses relatos que as dificuldades em abordar o assunto das perdas urinárias involuntárias são das usuárias e dos profissionais. Estes últimos esperam que as idosas façam queixas de IU espontaneamente e podem não fazê-lo por tabu, vergonha e por desconhecerem se tratar de um agravo à saúde. Por outro lado, os profissionais também parece que desconhecem as formas de investigar, tratar e solucionar o problema das perdas urinárias.

Em estudo de Wójtowicz et al. (2014) com o objetivo de identificar as barreiras na procura de tratamento, com 141 mulheres com IU, com idade entre 47 e 81 anos, os autores verificaram que a maioria (70,5%) relatou ao médico que pensava que as perdas urinárias involuntárias faziam parte do processo de envelhecimento, e que não podiam ser curadas. Além disso, 11,5% das investigadas referiram que vários médicos confirmaram essa convicção sobre a relação entre IU e envelhecimento, menosprezando possibilidades de tratamento.

Em estudo realizado por Pakgohar et al. (2014) com 313 mulheres na fase da menopausa com idade de 45 a 60 anos, verificou-se que 27,2% procuraram ajuda médica para os sintomas urinários, e muitas mulheres declararam ter a IU negligenciada nos cuidados prestados pela equipe de saúde.

Higa e Lopes (2007), ao realizarem uma pesquisa com 80 profissionais de enfermagem com IU, verificaram que 79% não buscaram tratamento para a IU, por considerarem que os episódios de

perdas urinárias não causavam incômodo devido ao pequeno volume perdido, e por acharem este um problema irrelevante e comum na vida da mulher. Os resultados sugerem também que essas profissionais da área da saúde subestimavam os sintomas, provavelmente por desconhecimento da probabilidade de agravamento dos mesmos no decorrer dos anos, da possibilidade de tratamentos existentes e também de cura.

Durante este estudo, realizamos outra técnica de coleta de dados, as oficinas temáticas. Nessas optou-se por oferecer aos fisioterapeutas e enfermeiros maiores informações sobre a IU, com intuito de melhorar o cuidado às mulheres idosas incontinentes. A partir da análise e interpretação dos dados gerados nas oficinas, chegou-se a outro eixo temático que aborda sobre as reflexões dos profissionais em relação à IU em mulheres idosas, que passaremos a discutir a seguir.

A concepção de uma proposta de cuidado à mulher idosa com IU

As reflexões feitas com os participantes das oficinas, fisioterapeutas e enfermeiros, teve como cenário a APS, a fim de se pensar possibilidades de cuidados. Este eixo temático é amparado pelas seguintes categorias: Orientações gerais para o autocuidado; Experienciando os exercícios para o assoalho pélvico; e A síntese das informações para o autocuidado na IU e velhice. Na sequência vamos apresentar e discutir cada uma dessas categorias.

A categoria **orientações gerais para o autocuidado** surgiu durante a primeira oficina temática realizada neste estudo. Após uma apresentação realizada pela pesquisadora sobre a anatomia e fisiologia da IU, os tipos existentes de IU, os fatores de risco, os alimentos irritantes vesicais e o índice de prevalência desse problema em mulheres idosas, foi realizada uma reflexão com os profissionais acerca de alguns cuidados que já podem ser feitos desde a APS. Alguns deles são apresentados nas emissões a seguir:

As primeiras orientações que a gente já faz [como] prevenção é realizar atividade física regularmente, não segurar muito a urina, a gente orienta o exercício de segurar o xixi, pra fortalecer a musculatura, não temos experiência nem pra tá orientando outros tipos de exercícios (...) (Enfermeiros)

Alimentação saudável, devido à obesidade por causa da idade (...) evitar bebida alcoólica, o tabagismo, evitar a constipação indicando alimentação rica em fibras, tomar bastante água, e agora podemos falar também dos alimentos irritantes do chá, café. (Enfermeiros)

Percebe-se, assim, por meio dos relatos dos enfermeiros, que já atuavam na questão da prevenção da IU e promoção da saúde, quando orientavam sobre a importância de hábitos saudáveis de vida. No entanto, alguns ainda se confundiam nas orientações dos exercícios, focando apenas naqueles durante a micção, evidenciando-se assim a falta de conhecimento para orientar exercícios de fortalecimento da musculatura do assoalho pélvico. Nota-se que as orientações dos cuidados explicitadas são aquelas mais gerais e superficiais, não são específicas para os sintomas da IU, o que as torna pouco efetivas para minimizar ou tratar esse agravo.

Essa não é uma deficiência apenas dos nossos informantes, porque, em estudo realizado por Barbosa et al. (2009) para identificação da IU, os resultados não foram muito diferentes. Dos 37 médicos e 19 enfermeiros que participaram dessa investigação, sete enfermeiros e três médicos não conheciam os sinais e sintomas que deveriam ser investigados.

Em um relato de experiência realizado por Figueiredo et al. (2012), através da percepção dos profissionais de um centro de saúde, foi observado que durante uma capacitação conseguiram identificar a necessidade de assistência às usuárias, bem como desenvolver as estratégias necessárias para orientar quanto ao autocuidado. Esse relato permitiu uma reflexão acerca do papel da capacitação permanente dos profissionais dos serviços de saúde, pois os possibilita atualizarem-se para demandas trazidas pelos usuários, sabendo identificar e implementar os cuidados necessários aos indivíduos com IU.

Por outro lado, em nossas oficinas percebemos que os profissionais da fisioterapia apresentavam um pouco mais de conhecimento em relação à IU, possivelmente porque esse tema já é trabalhado em sua formação acadêmica. Isso ficou evidenciado quando verbalizaram algumas orientações focadas na IU, como podemos observar nas falas abaixo:

Alguns exercícios de respiração, inspiração profunda e soltar pela boca, contraindo o assoalho pélvico. Deve tomar cuidado com as

orientações, na verdade o mal orientado que as mulheres fazem são os exercícios durante a micção, isso deve ser feito menos nesse momento, é usado como teste, não é usado atualmente porque pode reter urina, podendo ter uma infecção urinária, e pode perder a sincronia da musculatura, é uma coisa que não pode ser orientado. (Fisioterapeutas)

(...) tem muitas mulheres que não têm consciência corporal pra gente falar assim: contrai o períneo. Tem muitas que fazem completamente ao contrário, fazem valsava (...) ou acabam contraindo tudo, mas não contrai o períneo (...). Às vezes é importante para vocês enfermeiras no preventivo saberem e pedirem pra [mulheres] darem uma contraída. (Fisioterapeuta)

Esses relatos denotam o conhecimento por parte dos fisioterapeutas para as orientações e cuidados com usuárias que apresentam sintomas de IU. Talvez, se fosse feito um trabalho com abordagem mais multiprofissional, todos soubessem realizar uma melhor investigação com intuito de identificar os tipos de IU, a gravidade da mesma e as possibilidades de orientação e tratamento.

Em estudo realizado por Barbosa et al. (2009), ficou demonstrado que, em relação à abordagem das mulheres sobre a queixa urinária, os profissionais enfermeiros investigavam em diferentes tipos de atendimento, como na coleta de citologia oncológica, na consulta do pré-natal, e durante o acolhimento. Enquanto que os médicos abordavam as mulheres durante as consultas médicas de rotina e ginecológicas.

Em estudo de Loureiro et al. (2011), uma revisão sistemática de literatura com o objetivo de identificar diagnósticos de enfermagem em mulheres idosas incontinentes, destacaram-se como determinantes a cognição prejudicada, constipação, infecção urinária, mobilidade restrita, regime medicamentoso completo, obesidade, tabagismo e uso excessivo de substância (caféina). Ainda evidenciaram as consequências, como o sono prejudicado, ansiedade, manutenção da saúde prejudicada, depressão, isolamento social, medo, ingestão hídrica diminuída, autoestima diminuída, solidão e vergonha. Os autores concluem que esses diagnósticos podem facilitar a identificação do problema e a implementação de intervenções voltadas para minimizar os sintomas nos diferentes cenários da prática de atenção à saúde.

Em relação à consciência corporal, os profissionais da fisioterapia podem colaborar de forma significativa no tratamento da IU por meio dos ensinamentos e informações quanto ao uso adequado da musculatura do assoalho pélvico. Em estudo realizado por Glisoi e Girelli (2011), ficou demonstrada a importância desse profissional na conscientização e aprendizagem de contração dos músculos do assoalho pélvico em mulheres com IU. Os achados nesse estudo evidenciaram que 80% das mulheres referiram melhora completa e 20%, melhora parcial dos sintomas urinários, através do treinamento funcional da musculatura pélvica, eletroterapia e orientações através de folheto com exercícios domiciliares.

Portanto, fica evidente que as pacientes que realizarem os exercícios sob a supervisão de um fisioterapeuta ou outro profissional devidamente capacitado para realizar as orientações, com comandos em linguagem simples e compreensível, consigam realizar de forma significativa a contração correta da musculatura pélvica. Do contrário, as mulheres que não apresentam uma consciência corporal adequada para a execução dos exercícios corretamente podem apresentar alta incidência de abandono ou desistência do tratamento, quando não orientadas corretamente (ZANETTI et al., 2007).

Principalmente no contexto das mulheres idosas, onde a coordenação motora às vezes já está prejudicada, a contração isolada da musculatura pélvica é mais difícil. Isso ficou evidenciado no estudo de Sousa et al. (2011), que teve como objetivo avaliar a força muscular dos músculos do assoalho pélvico em 22 mulheres idosas com IU, através da palpação bidigital e pela quantificação da contração perineal utilizando o perineômetro. Os achados demonstraram que, após o tratamento cinesioterapêutico realizado com exercícios de conscientização duas vezes na semana, com duração de 30 minutos, de forma individualizada, totalizando 12 sessões de atendimento, observou-se uma melhora significativa na força muscular, no pico de pressão e tempo de contração mensurado pelo perineômetro.

Diante disso, a segunda oficina temática deste estudo teve como objetivo a prática dos exercícios de fortalecimento para a musculatura pélvica, para que os profissionais pudessem incorporar e se sentirem mais seguros para orientar as mulheres idosas incontinentes que chegam à APS. Com isso surgiu outra categoria, **experienciando os exercícios para o assoalho pélvico**.

Podemos observar, nas falas abaixo, que alguns profissionais apresentaram dificuldades em realizar os exercícios pélvicos:

Não consigo sentir só o períneo com a posição assim, mas, se eu colocar a mão diretamente, daí sinto. (Enfermeira)

É difícil, mas acho que estava pegando no lugar errado. (Enfermeira)

Acho que a questão dos exercícios é mais fácil da gente trabalhar, devemos trabalhar mais vezes pra chegar a fazer essas orientações. (Enfermeira)

As falas acima apresentam a necessidade de os próprios profissionais da saúde aprenderem e treinarem de forma correta os exercícios de fortalecimento para a musculatura do assoalho pélvico. Assim, estarão mais bem instrumentalizados para o cuidado, de tal forma que as mulheres idosas assistidas consigam incluí-los no seu autocuidado. Essas orientações já podem ser realizadas a partir da APS, com intuito de melhorar e ou resolver alguns sintomas vivenciados por muitas mulheres, conforme as falas abaixo evidenciam:

Com as orientações vistas aqui, não precisa necessariamente em alguns casos encaminhar para uma consulta com o ginecologista e nem para fisioterapia. (Fisioterapeuta)

O ideal da enfermagem é fazer o filtro prévio, (...) podemos construir juntos, é um dos objetivos aqui é sensibilizar, então talvez vocês possam mandar pra gente pra poder trabalhar mais, porque em muitas mulheres resolve de uma forma simples. (Fisioterapeuta)

Após as primeiras oficinas temáticas, ficou demonstrado que muitos profissionais não apresentavam o conhecimento nem a experiência necessária para atender mulheres idosas com IU. Diante disso, na última oficina temática foi realizada a **síntese das informações para o cuidado na IU**, que acabou se consolidando como outra categoria. Durante essa oficina, foram apresentados para os participantes alguns estudos de caso sobre o referido tema, levados pela pesquisadora. Os participantes foram divididos em pequenos grupos e, após a resolução do estudo, destacou-se o que eles achavam viável realizar como cuidados na sua realidade assistencial dentro da APS. O resultado desse trabalho é apresentado no Quadro 1, a seguir:



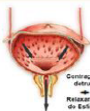
Quadro1- Orientações que poderão ser realizadas dentro da APS






- Orientação alimentar;
- Atividade física;
- Exercícios de fortalecimento pélvico;
- Envolver parceiro/família no cuidado;
- Educação em saúde sobre o tema;
- Solicitar diário miccional;
- Orientar ingestão de líquidos;
- Micção programada;
- Verificar medicações utilizadas como na HAS e DM.

Fonte: Oficina temática nº 3 (2014)

Decorrente disso, com o intuito de fornecer essas orientações de forma clara, com linguagem fácil e compreensível para a população idosa, nessa oficina temática todos os participantes contribuíram na elaboração de um *folder* para facilitar a comunicação entre profissional e mulher idosa com IU, conforme apresentado a seguir na Quadro 2.

Quadro 02 - Folder elaborado pelos participantes da oficina temática, em relação à IU

<p>PERDA URINÁRIA: O QUE FAZER?</p>  <p>O que é incontinência urinária?</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ É qualquer perda involuntária de urina. 	<p>QUAIS SÃO OS SINTOMAS?</p> <p>INCONTINÊNCIA URINÁRIA DE ESFORÇO</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Faz xixi, no tossir, espirrar ou dar risadas? ✓ Às vezes quando se levanta de uma cadeira ou da cama, faz xixi? ✓ Dorme bem à noite, mas levanta mais de 2 vezes para ir ao banheiro? ✓ Evita fazer exercícios físicos, porque faz xixi? ✓ Não vai à casa dos amigos, porque tem medo de cheirar a xixi? <p>INCONTINÊNCIA URINÁRIA DE URGÊNCIA</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Perde o xixi, se não for rápido ao banheiro? ✓ Tem que ir ao banheiro várias vezes ao dia? ✓ Sente muita vontade de fazer xixi, chega ao banheiro e faz pouca quantidade? ✓ Não toma muito líquido com medo de perder mais xixi? 	<p>FATORES DE RISCO QUE PODE LEVAR A PERDA DE URINA:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ MUITAS GESTAÇÕES/PARTOS ✓ PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS GINECOLÓGICOS ✓ CLIMATÉRIO/MENOPAUSA ✓ REPOSIÇÃO HORMONAL ✓ OBESIDADE ✓ ÁLCOOL/FUMO ✓ SEDENTARISMO ✓ DOENÇAS CRÔNICAS ✓ CONSTIPAÇÃO INTESTINAL <p>COMO FUNCIONA A BEXIGA?</p> <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div style="text-align: center;"> <p>Enchimento</p>  <p>Detrusor relaxado = Bexiga cheia</p> </div> <div style="text-align: center;"> <p>Esvaziamento</p>  <p>Contração do detrusor = Esvaziamento da bexiga</p> </div> </div>
---	--	--

<p>ORIENTAÇÕES</p> <p>POSIÇÃO CORRETA PARA MICÇÃO E DEFECAÇÃO</p>  <ul style="list-style-type: none"> ❖ Esvazie completamente a bexiga ao fazer xixi; ❖ Vá urinar com calma; ❖ Não segure o xixi; ❖ Faça atividade física regularmente; ❖ Faça uma alimentação saudável; ❖ Evite bebida alcoólica; ❖ Se possível, pare de fumar; ❖ Evite atividade de muito impacto; ❖ Se você vai muitas vezes ao banheiro, tente programar suas micções; 	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Tome cuidado com o uso de alimentos irritantes para a bexiga: produtos cafeinados, bebidas gasificadas, chás (diuréticos), frutas cítricas ou ácidas, achocolatados, vinagre, adoçantes entre outros. <p>EXERCÍCIOS DE FORTALECIMENTO</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Fique na posição deitada, puxe o ar e solte contraindo o períneo como se fosse segurar o xixi.  2. Exercício da ponte: puxe o ar e solte contraindo o períneo e elevando o bumbum do chão.  3. Sentada na cadeira ou na bola, com a coluna reta e os pés bem apoiados, puxe o ar e solte contraindo o períneo como se fosse segurar o xixi.  	<ol style="list-style-type: none"> 4. Em pé, segurando em uma cadeira ou mesa, faça o mesmo exercício de contração do períneo.  <p>FAÇA 3 VEZES AO DIA, 5 REPETIÇÕES DE CADA EXERCÍCIO TODOS OS DIAS!</p> <div style="border: 2px solid orange; padding: 10px; background-color: #FFD700;"> <p>PROCURE OS PROFISSIONAIS DO CENTRO DE SAÚDE MAIS PRÓXIMO DA SUA CASA, E COMENTE SOBRE AS PERDAS URINÁRIAS!</p> </div> <p>Elaborado pelas pesquisadoras Andrelise V. R. Tomasi; e Drª Sílvia M. A. dos Santos; junto com os participantes da 3ª Oficina Temática, durante a coleta de dados do projeto de pesquisa: Promoção da saúde de mulheres idosas incontinentes: proposta de um modelo piloto de cuidado.</p> <p>Universidade Federal de Santa Catarina Programa de Pós-Graduação em Enfermagem</p>
---	--	---

Cumpre-nos salientar que as figuras do *folder* são cópias da internet não autorizadas, porém que foram utilizadas a fim de se poder apresentar como um primeiro ensaio para a banca e esse texto. No momento todas as imagens encontram-se em fase de substituição por desenhos que estão sendo desenvolvidos por profissional habilitado.

Na ótica dos profissionais participantes das oficinas temáticas, eles relataram que esse conhecimento teórico e prático contribuiu positivamente para reforçar e agregar novas informações, para abordagem e orientações corretas para as usuárias em relação a essa problemática. Deixando claro que esse assunto não é muito abordado durante a graduação, o mesmo foi considerado como um novo aprendizado. Assim, parece que foi possível sensibilizar esses profissionais sobre a importância de uma abordagem multiprofissional para a intervenção na IU.

A partir das oficinas temáticas os profissionais ainda destacaram que realizavam orientações com mais facilidade, conseguindo identificar melhor aquelas pacientes que podem ser acompanhadas apenas na APS, sem a necessidade de atendimento mais especializado ou cirúrgico.

Acredita-se que, com essas oficinas temáticas, pôde-se chegar ao objetivo deste estudo, pois, diante das falas e comentário expostos durante as mesmas, os fisioterapeutas e enfermeiros se sensibilizaram com a temática e refletiram sobre um plano de cuidado diferenciado para as mulheres idosas incontinentes.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo ressaltou a importância de haver capacitações sobre a temática da IU dentro da APS. Contribuindo para o diagnóstico e tratamento pelos profissionais de forma apropriada. A implementação dos cuidados em mulheres idosas incontinentes agora pode ser vista como possibilidade de assistência, mas para isso os profissionais devem estar dispostos a enfrentar os desafios do envelhecimento e as demandas das usuárias por eles assistidos.

Nesse contexto, todos os profissionais da saúde devem estar preparados, uma vez que a APS é a porta de entrada do SUS, e é nesse nível que podem ser empregadas estratégias no sentido de desenvolver ações em relação aos sintomas da IU, com intuito de minimizar as complicações e danos à saúde.

Esses resultados indicam que as ações dos fisioterapeutas e enfermeiros eram um pouco limitadas, com atuações que não tinham repercussões no autocuidado das mulheres idosas incontinentes. O

desejável é que esses profissionais fossem capazes de implementar uma assistência com intuito de as mulheres incorporarem ações relativas à própria saúde, incluindo os cuidados em relação aos sintomas de perdas urinárias involuntárias.

Nesse sentido, espera-se que o processo reflexivo acerca da IU durante este estudo tenha contribuído na melhoria da assistência desses profissionais para a prevenção de doença, promoção da saúde e diminuição dos agravos a mesma.

Sugere-se, ainda, que novos estudos sejam realizados com a participação de outros profissionais da saúde, a fim de estabelecer um cuidado multiprofissional mais efetivo para essa população que possui tantas especificidades.

Por fim, acreditamos que, com os resultados desse estudo, há necessidade de investir mais na capacitação dos profissionais da APS, para que a saúde do idoso seja abordada de forma integral, promovendo, assim, melhora no bem-estar e qualidade de vida.

REFERÊNCIAS

BARBOSA, S. S. et al. Como profissionais de saúde da rede básica identificam e trata a incontinência urinária feminina. **O Mundo da Saúde**, São Paulo, v. 33, n. 4, p. 449-56, 2009.

BERLEZI, E. M. et al. Estudo da incontinência urinária em mulheres climatéricas usuárias e não usuárias de medicação anti-hipertensiva. **Rev Bras Geriatr Gerontol.**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 3, p. 415-23, 2011.

BØ, K.; SHERBURN, M. Evaluation of female pelvic-floor muscle function and strength. **Physical Therapy**, v. 85, n. 3, p. 269-82, mar., 2005.

BOLINA, F. et al. Incontinência urinária autorreferida em idosos e seus fatores associados. **Rev Rene**, v. 14, n. 2, p. 354-63, 2013.

BORBA, A. M. C.; LELIS, M. A. S.; BRÊTAS, A. C. P. Significado de ter incontinência urinária e ser incontinente na visão das mulheres. **Texto Contexto Enferm.**, v. 17, n. 3, p. 527-35, 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Resolução Nº 466, de 12 de dezembro de 2012**. Conselho Nacional de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

BUSATO JR, W. F. S.; MENDES, F. M. Incontinência urinária entre idosos institucionalizados: relação com mobilidade e função cognitiva. **Arquivos Catarinenses de Medicina**, v. 36, n. 4, p. 49-55, 2007.

CLOBES, A. M.; DE LANCEY, J. O.; MORGAN, D. M. Urethral circular smooth muscle in young and old women. **American Journal of Obstetrics & Gynecology**, v. 198, n.5, p. 587- 89, maio, 2008.

DANFORTH, K. N. et al. Risk factors for urinary incontinence among middle-aged women. **Am J Obstet Gynecol.**, v. 194, n. 2, p. 339-45, fev., 2006.

ELENSKAIA, K. et al. The greatest taboo: urinary incontinence as a source of shame and embarrassment. **Wien Klin Wochenschr**, v. 123, p. 607-10, maio, 2011.

FIGUEIREDO, E. M. et al. Educação de funcionárias de unidade básica de saúde acerca da atenção fisioterapêutica na incontinência urinária: relato de experiência. **Fisioter Pesq.**, v. 19, n. 2, p. 103-08, 2012.

GOMES, G. V.; SILVA, G. D. Incontinência urinária de esforço em mulheres pertencentes ao programa de saúde da família de Dourados (MS). **Rev Assoc Med Bras.**, v. 56, n. 6, p. 649-54, 2010.

GLISOI, S. F. N.; GIRELLI, P. Importância da fisioterapia na conscientização e aprendizagem da contração da musculatura do assoalho pélvico em mulheres com incontinência urinária. **Rev Bras Clin Med., São Paulo**, v. 9, n. 6, p. 408-13, nov/dez., 2011.

HIGA, R.; LOPES, M. H. B. M. Porque profissionais de enfermagem com incontinência urinária não buscam tratamento. **Rev Bras Enferm.**, Brasília, v. 60, n. 5, p. 503-06, 2007.

HIGA, R.; LOPES, M. H. B. M.; TURATO, E.R. Fatores de risco para incontinência urinária na mulher. **Rev Esc Enferm USP**, São Paulo, v. 42, n. 1, p. 187-92, mar., 2008.

HONÓRIO, M.O.; SANTOS, S.M.A. Incontinência urinária e envelhecimento: impacto no cotidiano e na qualidade de vida. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 62, n. 1, p. 51-56, 2009.

LOPES, M. H. B. M.; HIGA, R. Restrições causadas pela incontinência urinária à vida da mulher. **Rev Esc Enferm USP**, v. 40, n. 1, p. 34-41, 2006.

LOUREIRO, L. S. N. et al. Incontinência urinária em mulheres idosas: determinantes, consequências e diagnósticos de enfermagem. **Rev Rene**, v. 12, n. 2, p. 417-23, 2011.

MENEZES, M. A. J. et al. Prevalence of urinary incontinence in a community sample from the city of São Paulo. **Wound Ostomy Continence Nurs**, v. 36, n. 4, p. 432-40, 2009.

MOURÃO, F. A. G. et al. Prevalência de queixas urinárias e o impacto destas na qualidade de vida de mulheres integrantes de grupos de atividade física. **Acta Fisiatr.**, v. 15, n. 3, p. 170-75, 2008.

PAKGOHAR, M. et al. Quality of life (QoL) and help-seeking in postmenopausal women with urinary incontinence (UI): A population based study. **Archives of Gerontology and Geriatrics**, v. 59, p. 403-07, 2014.

RIOS, A. A. N. et al. The help-seeking by women with urinary incontinence in Brazil. **Int Urogynecol J.**, v. 22, p. 879-84, 2011.

ROSA, L. H. T. et al. Prevalência da incontinência urinária em idosos de Porto Alegre-RS. **Rev Geriatria & Gerontologia**, v. 9, n. 2, p. 112-17, jul/set., 2014.

SACOMORI, C.; NEGRI, N. B.; CARDOSO, F. L. Incontinência urinária em mulheres que buscam exame preventivo de câncer de colo uterino: fatores sociodemográficos e comportamentais. **Cad Saúde Pública**, v. 29, n. 6, p. 1251-59, jun., 2013.

SANTOS, C. R. S.; SANTOS, V. L. C. G. Prevalência da incontinência urinária em amostra randomizada da população urbana de Pouso Alegre, Minas Gerais, Brasil. **Rev Latino-Am. Enfermagem**, v. 18, n. 5, [8 telas], set/out., 2010.

SONG, Y. F. et al. Prevalência e fatores de risco de incontinência urinária em mulheres Fuzhou chinês. **Chinese Medical Journal**, v. 118, n. 11, p. 887-92, 2005.

SOUSA, J. G. et al. Avaliação da força muscular do assoalho pélvico em idosas com incontinência urinária. **Fisioter Mov.**, v. 24, n. 1, p. 39-46, jan/mar., 2011.

TAMANINI, J. T. N. et al. Analysis of the prevalence of and factors associated with urinary incontinence among elderly people in the Municipality of São Paulo, Brazil: SABE study (health, wellbeing and aging). **Cad Saúde Pública**, v. 25, n. 8, p. 1756-62, ago., 2009.

TRENTINI, M; PAIM, L. **Pesquisa Convergente-assistencial: um desenho que une o fazer e o pensar na prática assistencial em saúde-enfermagem**. 2. ed. Florianópolis: Insular, 2004, 144p.

ZANETTI, M. R. D. et al. Impacto f supervised physiotjerapeutic pelvic floor exercises for treating female stress urinary incontinence. **São Paulo Med J.**, v. 125, n. 5, p. 265-69, 2007.

WANG, Y. et al. Prevalence, risk factors, and symptom bother of nocturia: a population-based survey in China. **World J Urol.**, sep., 2014.

WÓJTOWICZ, U. et al. Barriers in entering treatment among women with urinary incontinence. **Ginekol Pol.**, v. 85, p. 342-47, 2014.

ZHU, L. et al. Epidemiological study of urge urinary incontinence and risk factors in China. **Int Urogynecol J.**, v. 21, p. 589-93, 2010.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao concluir este trabalho, é possível afirmar que atingimos os objetivos propostos para esta pesquisa, conhecendo como os fisioterapeutas e enfermeiros cuidavam de mulheres idosas incontinentes. Também foi possível fazer uma reflexão com os mesmos acerca dos seus conhecimentos e necessidade de capacitações para que possam prestar cuidados a essas mulheres com vistas à promoção da saúde para o autocuidado no âmbito da APS.

Nesse sentido, a opção pelos pressupostos da Política de Promoção da Saúde foram muito apropriados para realização deste estudo. Isso porque, ao longo de todo o processo de coleta dos dados, se discutiu com os informantes a importância de os mesmos estimularem as mulheres idosas incontinentes a participarem de forma ativa no planejamento e implementação de ações relacionadas ao autocuidado e à promoção da saúde.

Com a reflexão e a discussão de casos nas oficinas, com um caráter multiprofissional, verificou-se que, se os profissionais criarem um ambiente propício para o diálogo e a educação junto às mulheres idosas incontinentes, eles poderão conhecer os anseios, medos, sintomas, dúvidas e inseguranças dessas usuárias com relação à IU. Dessa forma, vão ter mais subsídios para definir as melhores estratégias para estimular essas idosas a participarem de seu autocuidado com o intuito de minimizar e ou eliminar as perdas urinárias involuntárias, o que trará benefício à saúde e ao bem-estar.

A escolha pela pesquisa convergente-assistencial como referencial metodológico também nos pareceu muito adequada para este estudo, uma vez que se tinha a intenção de introduzir inovações na prática do cuidado a mulheres idosas incontinentes. Durante as entrevistas conhecemos como é o dia a dia dos fisioterapeutas e enfermeiros no que se refere aos cuidados prestados a essas mulheres na APS no município estudado. Ao passo que nas oficinas temáticas foi possível não apenas refletir, como também experienciar os exercícios que devem ser ensinados e orientados à mulher idosa incontinente. A troca de conhecimento entre os profissionais revelou que a educação pode ser pautada entre o saber e as experiências. Dessa maneira, as dúvidas dos profissionais foram mais facilmente abordadas e esclarecidas, sempre com o objetivo de melhorar a assistência na APS. Assim, pode-se dizer que as estratégias escolhidas para coleta dos dados foram ferramentas valiosas, que auxiliaram a pesquisadora tanto na compreensão das dificuldades enfrentadas pelos profissionais, quanto

para conduzir as reflexões e discussões no sentido de, juntos, encontrarmos soluções viáveis para a melhora na assistência a essa população.

Os resultados mostraram que a população idosa não está sendo vista em toda a sua complexidade, ela é atendida apenas a partir de sua queixa principal e ou da doença crônica que possui, especialmente, se for Hipertensão Arterial Sistêmica e/ou Diabetes Mellitus. Isso é reforçado pelas Ações Programáticas instituídas pelo Ministério da Saúde, que direcionam as prioridades estabelecidas pela gestão municipal.

Outro aspecto que podemos destacar é a não valorização dos sintomas urinários. Alguns profissionais relataram que não investigavam essa condição e, quando esse agravo era identificado, acabavam encaminhando as usuárias para outros especialistas, considerando a IU um agravo que só pode ser atendido por um médico especialista. Com isso, durante as entrevistas percebeu-se que os profissionais apresentavam pouca habilidade para o cuidado, em relação às perdas urinárias. Em contrapartida, quando há um profissional com olhar para as demandas gerontológicas, acaba motivando toda a equipe, com intuito de realizar um cuidado além do marcador pré-estabelecido.

Ainda que os profissionais que participaram desta pesquisa tenham denotado possuir conhecimento sobre alguns fatores de risco que podem propiciar a IU na população idosa, ficou evidente que eles desconheciam as formas de investigar e tratar esse agravo. As orientações quanto ao manejo de hábitos de vida, tais como o consumo de álcool, cafeína e frutas cítricas, bem como o uso do tabaco, controle da obesidade e da constipação, podem contribuir para minimizar as perdas urinárias involuntárias. Além disso, fisioterapeutas e enfermeiros devidamente capacitados podem implementar tratamento conservador, como a terapia comportamental, que não apenas reduz os sintomas da IU, mas pode levar à cura em muitos casos. Esses profissionais possuem uma função relevante na APS, onde podem orientar a população idosa de forma integral e contínua em todos os aspectos de sua saúde, com vistas à promoção da saúde e ao autocuidado.

Esperamos que com esta pesquisa possamos ter contribuído com o processo de reflexão e aprendizagem dos profissionais que dela participaram, de tal forma que consigam desenvolver uma assistência às mulheres com IU em busca de um cuidado integral e multiprofissional.

Reforçamos, ainda, a necessidade de os profissionais solicitarem essas temáticas nos programas de educação permanente no âmbito da APS, com a inserção de práticas educativas dialógicas, com

metodologias ativas e participativas. Os profissionais da saúde precisam ter um olhar gerontologicamente sensível, comprometendo-se para que ocorram aplicações das ações em saúde que contribuam para a promoção da saúde, com melhoria da qualidade de vida.

No desenvolvimento deste estudo ocorreram algumas limitações, tais como: os diferentes profissionais que participaram das oficinas temáticas, visto que não obteve uma continuação imediata das oficinas, sendo que no início da segunda e terceira oficina, optou-se em fazer uma breve recapitulação da oficina anterior, para deixar os participantes que estavam presentes pela primeira vez por dentro de todas as informações já discutidas.

Outra limitação foi o pequeno número de fisioterapeutas por DS no município, o que se buscou contornar convidando a todos os profissionais da rede municipal que prestavam assistência, independente do DS a que estavam vinculados. Por último, o não conhecimento do número de mulheres idosas com IU na população onde os profissionais participantes do estudo atuavam.

Sugere-se, a partir deste estudo, a inclusão dos conteúdos relativos à IU nos cursos de graduação dos fisioterapeutas e enfermeiros, de tal forma que, além dos conteúdos teóricos, os acadêmicos possam desenvolver atividades teórico-práticas com pessoas que sofram desse agravo. Sugere-se também que os cuidados sejam implementados de preferência numa perspectiva multiprofissional, para que os acadêmicos desenvolvam habilidade e competência para trabalhar em equipe.

No tocante à Atenção Primária de Saúde, recomenda-se que os fisioterapeutas e enfermeiros bem como os demais profissionais busquem implementar orientações na sala de espera dentro dos CS, explicando e esclarecendo sobre a IU, os fatores de risco para a mesma, possibilidades de tratamento para minimizar os sintomas ou a total resolução desse agravo. Como a elaboração de protocolos assistenciais para a sistematização das ações em relação aos cuidados geniturinários das mulheres idosas na APS.

Por fim, como trabalhos futuros, sugerimos estudos no que se refere à prevalência de IU no âmbito da APS de todos os DS do Município de Florianópolis. Além de capacitações para sanar as dúvidas dos profissionais em relação aos cuidados prestados a esses sintomas urinários, não somente os fisioterapeutas e enfermeiros, mas também outros profissionais que poderão auxiliar e orientar essas mulheres, bem como traçar estratégias de cuidados que poderão ser ofertados na APS.

Com o aumento da longevidade e expectativa de vida da população fica claro que a área temática da geriatria e gerontologia

oferece diversas possibilidades de pesquisas e se encontra em franca expansão.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, P. P.; MACHADO, L. R. G. A prevalência de incontinência urinária em mulheres praticantes de jump. **Fisioter Mov.**, v. 25, n. 1, p. 55-65, 2012.

ANDERSON, G. et al. Urinary incontinence prevalence, impact on daily living and desire for treatment: a population based study. **Scandinova Journal Urology Nephrologic**, v. 38, n. 2, p. 125-30, 2004.

ANGER, J. T. et al. Racial disparities in the surgical management of stress incontinence among female medicare beneficiaries. **The Journal of Urology**, v. 177, p. 1846-50, maio, 2007.

ASCARI, T. M. **A promoção do autocuidado de idosas por meio dos referencias de Dorothea Orem**. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2010.

AVIEIRO, M. C. et al. Perspectivas da participação do fisioterapeuta no Programa Saúde da Família na atenção à saúde do idoso. **Ciência & Saúde Coletiva**, 16 (Supl. 1):1467-78, 2011.

BARROS, J. D.; LUCENA, A. C. T.; ANSELMO, C. W. S. F. Incontinência urinária de esforço em atletas do sexo feminino: uma revisão de literatura. **An Fac Med Univ Fed Pernamb.**, Recife, v. 52, n. 2, p. 173-80, 2007.

BARACHO, E. **Fisioterapia aplicada à obstetrícia**: aspectos de ginecologia e neonatologia. 3. ed. Belo Horizonte: Medsi, 2002.

BERLEZI, E. M. et al. Estudo da incontinência urinária em mulheres climatéricas usuárias e não usuárias de medicação anti-hipertensiva. **Rev Bras Geriatr Gerontol.**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 3, p. 415-23, 2011.

BØ, K.; SHERBURN, M. Evaluation of female pelvic-floor muscle function and strength. **Physical Therapy**, v. 85, n. 3, p. 269-82, mar., 2005.

BRASIL, Constituição (1988). **Constituição da Republica Federativa do Brasil**. Brasília: Senado, 1988.

_____. Ministério da Saúde. **Lei nº. 8.080/90, de 19 de setembro de 1990.** Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília: Ministério da Saúde, 1990a.

_____. Ministério da Saúde. **Lei nº. 8.142/90, de 28 de setembro de 1990.** Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Brasília: Ministério da Saúde, 1990b.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1395 de 10 de dezembro de 1999.** Aprova a Política Nacional de Saúde do Idoso. Brasília: Ministério da Saúde, 1999.

_____. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Promoção da Saúde.** Brasília: Ministério da Saúde, 2002a.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Projeto Promoção da Saúde. **As Cartas da Promoção da Saúde.** Brasília: Ministério da Saúde, 2002b.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 648/GM, de 28 de março de 2006.** Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa de Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Brasília: Ministério da Saúde, 2006a.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 399 de 22 de fevereiro de 2006.** Divulga o Pacto pela Saúde 2006 – consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do referido pacto. Brasília: Ministério da Saúde, 2006b.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.528 de 19 de outubro de 2006.** Aprova a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa. Brasília: Ministério da Saúde, 2006c.

_____. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Política Nacional de Promoção da Saúde.** Brasília: Ministério da Saúde, 2006d.

_____. **Seminário Nacional de Promoção da Saúde, I.** Documento-síntese, Brasília-DF: Ministério da Saúde, 2006e.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Envelhecimento e saúde da pessoa idosa.** Brasília: Ministério da Saúde, 2007.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Portaria GM nº 154, de 24 de janeiro de 2008. **Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF).** Brasília: Ministério da Saúde, 2008.

_____. Ministério da Saúde. **Diretrizes do NASF – Núcleo de Apoio à Saúde da Família.** Cadernos de Atenção Básica. Brasília (DF), 2009a.

_____. Ministério da Saúde. **Temático promoção da saúde IV.** Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2009b.

_____. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Promoção da Saúde.** 3. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

_____. **Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística.** Censo demográfico, 2010: Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2010>. Acesso em: 07 dez. 2013.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. **Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011-2022.** Brasília: Ministério da Saúde, 2011a.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria Nº 2.027, de 25 de agosto de 2011.** Conselho Nacional de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2011b.

_____. Ministério da Saúde. **Resolução Nº 466, de 12 de dezembro de 2012.** Conselho Nacional de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

BUSS, P. M. Promoção da Saúde e qualidade de vida. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 5, n.1, p. 163-77, 2000.

CALDAS, C. P. et al. Terapia comportamental para incontinência urinária da mulher idosa: uma ação do enfermeiro. **Texto Contexto Enferm.**, Florianópolis, v. 19, n. 4, p. 783-88, out/dez., 2010.

CAMARANO, Ana Amélia. Envelhecimento da população brasileira: uma contribuição demográfica. In: FREITAS, E.V. et al. **Tratado de geriatria e gerontologia**. 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006.

CHAIMOWICZ, F. et al. **Saúde do idoso**. 2. ed. Belo Horizonte: Nescon UFMG, 2013. Disponível em:<
<http://www.sbgg.org.br/profissionais/arquivo/livro-saude-do-idoso-flavio-chaimowicz.pdf>>. Acesso em: 10 mar. 2014.

CHEHREHRAZI, M. Assessment of pelvic floor muscle contraction in stress urinary incontinent women: comparison between transabdominal ultrasound and perineometry. **Int Urogynecol J.**, v. 20, p. 1491-96, 2009.

CLOBES, A. M.; DE LANCEY, J. O.; MORGAN, D. M. Urethral circular smooth muscle in young and old women. **American Journal of Obstetrics & Gynecology**, v. 198, n.5, p. 587- 89, maio, 2008.

CONSELHO FEDERAL DE FISIOTERAPIA E TERAPIA OCUPACIONAL (COFFITO). **Definição de Fisioterapia**. Brasília, 2009. Disponível em:
http://www.coffito.org.br/conteudo/con_view.asp?secao=27. Acesso em: 17 dez 2013.

_____. **Resolução nº 401 de 18 de agosto de 2011**. Brasília, 2011. Disponível em:
http://www.coffito.org.br/publicacoes/pub_view.asp?cod=2131&psecao=9. Acesso em: 09 mar. 2014.

CORREIA, G. N.; BOSSINI, P. S.; DRIUSSO, P. Eletroestimulação intravaginal para o tratamento da incontinência urinária de esforço: revisão sistemática. **Femina**, v. 39, n. 4, p. 223-30, abr., 2011.

DANFORTH, K. N. et al. Risk factors for urinary incontinence among middle-aged women. **Am J Obstet Gynecol.**, v. 194, n. 2, p. 339-45, fev., 2006.

FIGUEIREDO, E. M. et al. Perfil sociodemográfico e clínico de usuárias de serviço de fisioterapia uroginecológica da rede pública. **Rev Bras Fisioter.**, v. 12, n. 2, p. 136-42, 2008.

FIGUEIREDO, E. M. et al. Educação de funcionárias de unidade básica de saúde acerca da atenção fisioterapêutica na incontinência urinária: relato de experiência. **Fisioter Pesq.**, v. 19, n. 2, p. 103-08, 2012.

FITZ, F. F. et al. Impacto do treinamento dos músculos do assoalho pélvico na qualidade de vida em mulheres com incontinência urinária. **Rev Assoc Med Bras.**, v. 58, n. 2, p. 155-59, 2012.

FONSECA, E. S. M. et al. Validação do questionário de qualidade de vida (*King's Health Questionnaire*) em mulheres brasileiras com incontinência urinária. **Rev Bras Ginecol Obstet.**, v. 27, n. 5, p. 235-42, 2005.

FLAUZINO, E. D.; VIDEIRA, A. C. Relato de um caso de reabilitação na incontinência urinária por esforço grau II. **Rev. FisioBrasil**, v. 10, n. 76, p.11-14, 2006.

FLORIANÓPOLIS. Prefeitura Municipal de Florianópolis. Secretaria Municipal de Saúde. **Protocolo de atenção à saúde do idoso**. Tubarão: Copiart, 2011. 128 p.

FLORIANÓPOLIS. Prefeitura Municipal de Florianópolis. Secretaria Municipal de Saúde. **Carteira de serviços da atenção primária a saúde (APS) do Município de Florianópolis**. Versão1, 2014.

FREITAS, S.S.; MEIRELLES, M.C.C.C, MENDONÇA, A.C. Importance of domestic guidelines for women with urinary incontinence. **Fisioter Mov.**, v. 27, n. 3, p. 319-27, jul/set., 2014.

GAMA, K. C. S. D. Inserção do fisioterapeuta no programa de saúde da família: uma proposta ética e cidadã. **C&D-Revista Eletrônica da Fainor.**, Vitória da Conquista, v.3, n.1, p.12-29, jan/dez., 2010.

GLISOI, S. F. N.; GIRELLI, P. Importância da fisioterapia na conscientização e aprendizagem da contração da musculatura do assoalho pélvico em mulheres com incontinência urinária. **Rev Bras Clin Med.**, São Paulo, v. 9, n. 6, p. 408-13, nov/dez., 2011.

GOMES, G. V.; SILVA, G. D. Incontinência urinária de esforço em mulheres pertencentes ao programa de saúde da família de Dourados (MS). **Rev Assoc Med Bras.**, v. 56, n. 6, p. 649-54, 2010.

HAYLEN, B. T. et al. An International Urogynecological Association (IUGA) / International Continence Society (ICS) joint report on the terminology for female pelvic floor dysfunction. **Neurourology and Urodynamics**, v. 29, n. 1, p. 4-20, 2010.

HIGA, R.; LOPES, M. H. B. M. Porque profissionais de enfermagem com incontinência urinária não buscam tratamento. **Rev Bras Enferm.**, Brasília, v. 60, n. 5, p. 503-06, 2007a.

HIGA, R.; LOPES, M. H. B. M. The impact of urinary incontinence on female nursing personnel. **Rev Bras Enferm.**, Brasília, v. 60, n. 2, p. 213-16, 2007b.

HIGA, R.; LOPES, M. H. B. M.; REIS, M. I. Fatores de risco para incontinência urinária na mulher. **Rev Esc Enferm USP**, São Paulo, v. 42, n. 1, p. 187-92, mar., 2008.

HIGA, R. et al. Vivências de mulheres brasileiras com incontinência urinária. **Texto Contexto Enferm.**, Florianópolis, v. 19, n. 4, p. 627-35, out/dez., 2010.

HEIDEMANN, I. T. S. B. **A promoção da saúde e a concepção dialógica de Freire:** possibilidades de sua inserção e limites no processo de trabalho das equipes de saúde da família. Tese (Doutorado de Enfermagem em Saúde Pública) Programa de Pós-Graduação de Enfermagem em Saúde Pública da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2006.

HONÓRIO, M. O.; SANTOS, S. M. A. A rede de apoio ao paciente incontinente: a busca por suporte e tratamentos. **Rev Enferm UERJ**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 3, p. 383-88, 2010.

HUANG, A. J. et al. Quality-of-life impact and treatment of urinary incontinence in ethnically diverse older women. **Arch Intern Med**, v. 166, p. 2000-06, out., 2006.

KNORST, M. R. et al. Intervenção fisioterapêutica em mulheres com incontinência urinária associada ao prolapso de órgão pélvico. **Rev Bras Fisioter.**, v. 16, n. 2, p. 102-07, 2012.

LANGONI, C.S. et al. Incontinência urinária em idosas de Porto Alegre: sua prevalência e sua relação com a função muscular do assoalho pélvico. **Fisioterapia Pesquisa**, v. 21, n. 1, p. 74-80, 2014.

LOCKS, M. O. H. **Incontinência urinária na mulher idosa hospitalizada: desafios para a assistência de enfermagem.** Tese (Doutorado em Enfermagem) Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2013.

LOURENÇO, R. A. A síndrome de fragilidade no idoso: marcadores clínicos e biológicos. **Revista do Hospital Universitário Pedro Ernesto, UERJ**, v. 7, p. 21-29, jan/jun., 2008.

LOUREIRO, L. S. N. et al. Incontinência urinária em mulheres idosas: determinantes, consequências e diagnósticos de enfermagem. **Rev Rene**, Fortaleza, v. 12, n. 2, p. 417-23, abr/jun., 2011.

LOPES, M. H. B. M.; HIGA, R. Restrições causadas pela incontinência urinária à vida da mulher. **Rev Esc Enferm USP**, v. 40, n. 1, p. 34-41, 2006.

MACHADO, A.N. et al. Prognostic factors for mortality among patients above the 6th decade undergoing non-cardiac surgery: cares-clinical assessment and research in elderly surgical patients. **Clinics.**, São Paulo, v. 63, n.2, p. 151-6, 2008.

MACIEL, A. C. Incontinência urinária. IN: FREITAS, E.V.; PY, L. **Tratado de geriatria e gerontologia.** 3. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2011.

MARINHO, A. R. et al. Incontinência urinaria feminina e fatores de risco. **Fisioter Brasil**, v. 7, n. 4, p. 301-06, 2006.

MATA, L.R.F. et al. Produção científica nacional em periódicos de enfermagem relacionada à incontinência urinária: revisão integrativa.

Rev Enfermagem UFPE on line, Recife, v. 8, n. 9, p. 3188-96, set., 2014.

MENEZES, G.M.D. et al. Queixa de perda urinária: um problema silente pelas mulheres. **Rev Gaúcha Enfermagem**, Porto Alegre, v. 33, n. 1, p. 100-08, 2012.

MOGHADDAS, F. et al. Prevalence of urinary incontinence in relation to self-reported depression, intake of serotonergic antidepressants, and hormone therapy in middle-aged women: a report from the Women's Health in the Lund Area study. **Menopause**, v. 12, n. 3, p. 318-24, 2005.

MØLLER, L. A.; LOSE, G.; JØRGENSEN, T. Risk factors for lower urinary tract symptoms in women 40 to 60 years of age. **Obstet Gynecol.**, v. 96, n. 3, p. 446-51, 2000.

MORAES, E. N.; MARINO, M. C. A.; SANTOS, R. R. Principais síndromes geriátricas. **Rev Med Minas Gerais**, v. 20, n. 1, p. 54-66, 2010.

MOTTA, L. B.; AGUIAR, A.C. Novas competências profissionais em saúde e o envelhecimento populacional brasileiro: integralidade, interdisciplinaridade e intersetorialidade. **Ciênc & Saúde Coletiva**, v. 12, p. 363-72, 2007.

MOURÃO, F. A. G. et al. Prevalência de queixas urinárias e o impacto destas na qualidade de vida de mulheres integrantes de grupos de atividade física. **Acta Fisiatr.**, v. 15, n. 3, p. 170-75, 2008.

NASRI, F. O envelhecimento populacional no Brasil. **Einstein**, v. 6, supl. 1, p. 4-6, 2008.

OLIVEIRA, E. M.; SPIRI, W. C. Programa saúde da família: a experiência de equipe multiprofissional. **Rev Saúde Pública**, v. 40, n. 4, p. 727-33, 2006.

OLIVEIRA, E. et al. Avaliação dos fatores relacionados à ocorrência da incontinência urinária feminina. **Rev Assoc Med Bras.**, v. 56, n. 6, p. 688-90, 2010.

OLIVEIRA, J. R.; GARCIA, R. R. Cinesioterapia no tratamento da incontinência urinária em mulheres idosas. **Rev Bras Geriatr Gerontol.**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 2, p. 343-51, 2011.

OPAS. Organização Pan-Americana da Saúde. **Envelhecimento ativo: uma política de saúde**/World Health Organization; tradução Suzana Gontijo. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2005.

OREM, D.E. **Nursing: Concepts of practice**. 5. th. St. Louis: Mosby, 1995. 478p.

OSTASZKIEWICZ, J.; ROE, B.; JOHNSTON, L. Effects of timed voiding for the management of urinary incontinence in adults: systematic review. **Journal of Advanced Nursing**, v. 52, n. 4, p. 420-31, 2005.

PEREIRA, S. V. M.; BACHION, M. M. Diagnósticos de Enfermagem identificados em gestantes durante o pré-natal. **Rev Bras Enferm.**, v. 58, n. 6, p. 659-64, nov/dez., 2005.

PINHEIRO, B. F. et al. Fisioterapia para consciência perineal: uma comparação entre as cinesioterapias com toque digital e com auxílio do biofeedback. **Fisioter Mov.**, v. 25, n. 3, p. 639-48, jul/set., 2012.

PITANGUI, A. C. R.; SILVA, R. G.; ARAÚJO, R. C. Prevalência e impacto da incontinência urinária na qualidade de vida de idosas institucionalizadas. **Rev Bras Geriatr Gerontol.**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 4, p. 619-26, 2012.

ROSA, L. H. T. et al. Prevalência da incontinência urinária em idosos de Porto Alegre-RS. **Rev Geriatria & Gerontologia**, v. 9, n. 2, p. 112-17, jul/set., 2014.

SANTOS, S. M. A. **Prática assistencial de enfermagem à idosos crônicos fundamentada no marco conceitual de king**. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 1990.

SAKONDHAVAT, C. et al. Prevalence and risk factors of urinary incontinence in Khon Kaen menopausal women. **J Med Assoc Thai.**, v. 90, n. 12, p. 2553-58, 2007.

SARMA, A. V. et al. Risk factors for urinary incontinence among women with type 1 diabetes: findings from the epidemiology of diabetes interventions and complications study. **Urology**, v. 73, n. 6, p. 1203-09, jun., 2009.

SILVA, K. M. **Consulta de enfermagem ao idoso no contexto da estratégia de saúde da família.** Dissertação (Mestrado em Enfermagem) Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis 2012.

SILVA, A. M. N.; OLIVA, L. M. P. Exercícios de kegel associados ao uso de cones vaginais no tratamento da incontinência urinária: estudo de caso. **Scientia Medica**, Porto Alegre, v. 21, n. 4, p. 173-76, 2011.

SOBEST – Associação Brasileira de Estomaterapia. **Competências do enfermeiro estomaterapeuta.** Assembléia Geral Ordinária de 25 de outubro de 2009. Brasília, 2009. Disponível em: http://www.sobest.org.br/index.php?option=com_content&view=article&id=28&Itemid=52>. Acesso em: 09 mar. 2014.

SONG, Y. F. et al. Prevalência e fatores de risco de incontinência urinária em mulheres Fuzhou chinês. **Chinese Medical Journal**, v. 118, n. 11, p. 887-92, 2005.

SOUSA, R. M. et al. Diagnósticos de enfermagem identificados em idosos hospitalizados: associação com as síndromes geriátricas. **Esc Anna Nery**, v. 14, n. 4, p. 732-41, out/dez., 2010.

SOUSA, J. G. et al. Avaliação da força muscular do assoalho pélvico em idosas com incontinência urinária. **Fisioter Mov.**, v. 24, n. 1, p. 39-46, jan/mar., 2011.

TAMANINI, J. T. et al. Incontinência urinária: prevalência e fatores de risco em mulheres atendidas no programa de prevenção do câncer ginecológico. **Bol Epidemiológico Paulista**, v. 3, p. 17-24, 2006.

TAMANINI, J. T. N. et al. Analysis of the prevalence of and factors associated with urinary incontinence among elderly people in the Municipality of São Paulo, Brazil: SABE study (health, wellbeing and aging). **Cad Saúde Pública**, v. 25, n. 8, p. 1756-62, ago., 2009.

TOWNSEND, M. K. et al. Physical activity and incident urinary incontinence in middle-aged women. **The Journal of Urology**, v. 179, p. 1012-17, mar., 2008.

TRENTINI, M; PAIM, L. **Pesquisa Convergente-assistencial: um desenho que une o fazer e o pensar na prática assistencial em saúde-enfermagem**. 2. ed. Florianópolis: Insular, 2004, 144p.

VIRTUOSO, J. F.; MAZO, G. Z. A prática de exercícios físicos é um fator modificável da incontinência urinária de urgência em mulheres idosas. **Rev Bras Med Esporte**, v. 19, n. 2, p. 83-86, mar/abr., 2013.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **The Ottawa charter for health promotion**. Ottawa: WHO, 1986.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **A Carta de Bangkok: para a Promoção da Saúde em um Mundo Globalizado**. 2005. Bangkok: WHO, 2005. Disponível em:
<[http://www.bvsde.opsoms.org/bvsdeps/fulltext/ cartabangkokpor.pdf](http://www.bvsde.opsoms.org/bvsdeps/fulltext/cartabangkokpor.pdf)>. Acesso em: 11 mar. 2014.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Declaração de Nairobi**. Nairobi: WHO, 2009. Disponível em:
<<http://www.who.int/healthpromotion/conferences/7gchp/overview/en/index.html>>. Acesso em: 11 mar. 2014.

ZANETTI, M. R. D. et al. Impacto f supervised physiotjerapeutic pelvic floor exercises for treating female stress urinary incontinence. **São Paulo Med J.**, v. 125, n. 5, p. 265-69, 2007.

ZHU, L. et al. Epidemiological study of urge urinary incontinence and risk factors in China. **Int Urogynecol J.**, v. 21, p. 589-93, 2010.

APÊNDICE A – ROTEIRO DA ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA PARA OS ENFERMEIROS



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
CAMPUS UNIVERSITÁRIO – TRINDADE
CEP: 88040-970 – FLORIANÓPOLIS – SANTA CATARINA
Tel. (048) 3721-9480 – 3721-9399 Fax (048) 3721-9787

ROTEIRO DA ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA

1 – Identificação

Nome: _____

Idade: _____

Maior Titulação: _____

Tempo de Formação: _____

Tempo de trabalho: _____

2 – Dados sobre a assistência

1) Fale-me sobre a maneira como você realiza a consulta de enfermagem e/ou o cuidado à mulher idosa nos diferentes atendimentos (preventivo, consulta a HAS e DM e outras).

2) Quais são as queixas mais recorrentes dessas mulheres? Como você responde ou atende às mesmas (queixas)?

3) Fale-me sobre as principais demandas das mulheres idosas relativas aos hábitos urinários e intestinais. Quais os cuidados que você orienta a essas demandas? Se a resposta for encaminhamento, perguntar: Para qual profissional (fisioterapeuta)? Como você acompanha essas mulheres?

4) Fale-me sobre a relação entre envelhecimento e incontinências.

5) O que você acredita ser necessário para se prestar um atendimento diferenciado para a mulher idosa com IU na APS?

6) Quais os profissionais que poderiam prestar essa assistência?

a. E a enfermeira?

b. De que forma seria essa assistência?

7) Fale-me sobre suas facilidades e dificuldades em atender mulheres idosas com IU.

8) Como você acredita que a mulher idosa com IU pode cuidar de si?

Entrevistador:

Data da entrevista: ____/____/____

APÊNDICE B – ROTEIRO DA ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA PARA OS FISIOTERAPEUTAS



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
CAMPUS UNIVERSITÁRIO – TRINDADE
CEP: 88040-970 – FLORIANÓPOLIS – SANTA CATARINA
Tel. (048) 3721-9480 – 3721-9399 Fax (048) 3721-9787

ROTEIRO DA ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA

1 – Identificação

Nome: _____

Idade: _____

Maior Titulação: _____

Tempo de Formação: _____

Tempo de trabalho: _____

2 – Dados sobre a assistência

1) Fale-me sobre a maneira como você realiza o cuidado à mulher idosa nos diferentes atendimentos (preventivo, HAS e DM e outras).

2) Quais são as queixas mais recorrentes dessas mulheres? Como você responde ou atende às mesmas (queixas)?

3) Fale-me sobre as principais demandas das mulheres idosas relativas aos hábitos urinários e intestinais. Quais os cuidados que você orienta a essas demandas? Se a resposta for encaminhamento, perguntar: Para qual profissional? Como você acompanha essas mulheres?

4) Fale-me sobre a relação entre envelhecimento e incontinências.

5) O que você acredita ser necessário para se prestar um atendimento diferenciado para a mulher idosa com IU na APS?

6)Fale-me sobre suas facilidades e dificuldades em atender mulheres idosas com IU.

7)Como você acredita que a mulher idosa com IU pode cuidar de si?

Entrevistador:

Data da entrevista: ____/____/____

APÊNDICE C – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
CAMPUS UNIVERSITÁRIO – TRINDADE
CEP: 88040-970 - FLORIANÓPOLIS - SANTA CATARINA
Tel. (048) 3721-9480 – 3721-9399 Fax (048) 3721-9787
E-mail: nfr@ccs.ufsc.br / Homepage: www.nfr.ufsc.br

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

Convidamos você para participar, como voluntária(o), na pesquisa intitulada: “PROMOÇÃO DA SAÚDE DE MULHERES IDOSAS INCONTINENTES: PROPOSTA DE UM MODELO PILOTO DE CUIDADO”. A pesquisa será coordenada pela professora Dra. Silvia Maria Azevedo dos Santos da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC) e desenvolvida pela aluna do mestrado Andrelise Viana Rosa Tomasi do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina.

A pesquisa tem como objetivo: Construir coletivamente um modelo piloto de cuidado às mulheres idosas incontinentes em um distrito sanitário de saúde, no Município de Florianópolis.

Caso você decida participar, você deverá responder algumas perguntas que lhe serão feitas em relação ao cuidado de mulheres idosas incontinentes durante uma entrevista individual; participar de oficinas temáticas que serão coordenadas pela mestranda; e permitir que a mesma observe algumas consultas de enfermagem que você realiza com mulheres idosas (caso este somente para os profissionais da enfermagem). Também solicitamos sua autorização para gravar a entrevista e as oficinas temáticas; nas transcrições das mesmas serão garantidos o sigilo e anonimato dos informantes. As informações das entrevistas e oficinas temáticas somente serão utilizadas no propósito da pesquisa.

Durante a realização das entrevistas, oficinas e observações a previsão de riscos é mínima. No máximo poderá ocorrer algum

desconforto e, caso isso ocorra, podemos interromper a coleta dos dados a qualquer momento em que você assim solicitar. Além disso, você terá garantida assistência necessária gratuita para minimizar tal desconforto e/ou terá indenização diante de eventuais danos ou custos decorrentes da pesquisa.

Durante todo o período da pesquisa você poderá tirar suas dúvidas ligando para professora Dra. Silvia Maria Azevedo dos Santos, pelo telefone (48) 9608-6836, ou pelo e-mail: silvia.azevedo@ufsc.br.

Você tem o direito de se recusar a participar ou retirar seu consentimento, em qualquer fase da pesquisa, sem nenhum prejuízo para você. Os dados que você irá nos fornecer serão confidenciais e serão divulgados apenas em congressos ou publicações científicas, não havendo divulgação de nenhum dado que possa identificá-lo(a).

Esses dados serão guardados pelo pesquisador responsável por esta pesquisa em local seguro e por um período de 5 anos. Se você tiver algum gasto pela sua participação nesta pesquisa, ele será assumido pelo pesquisador e reembolsado para você. Se você sofrer algum dano comprovadamente decorrente desta pesquisa, você será indenizado(a).

Qualquer dúvida sobre a ética desta pesquisa, você deverá ligar para o Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Santa Catarina, telefone (48) 371-9206.

Este documento foi impresso em duas vias. Uma ficará com você e a outra com o pesquisador principal, professora Dra. Silvia Maria Azevedo dos Santos. As pesquisadoras se comprometem em cumprir o preconizado pela Resolução CNS nº 466/12.

Após ter sido esclarecido(a) sobre os objetivos, importância e o modo como os dados serão coletados nesta pesquisa, além de conhecer os riscos, desconfortos e benefícios que ela trará para mim e ter ficado ciente de todos os meus direitos, concordo em participar da pesquisa “PROMOÇÃO DA SAÚDE DE MULHERES IDOSAS INCONTINENTES: PROPOSTA DE UM MODELO PILOTO DE CUIDADO”, e autorizo a divulgação das informações por mim fornecidas em congressos e/ou publicações científicas, desde que nenhum dado possa me identificar.

Assinatura: _____ RG. _____

Assinatura da pesquisadora principal

Florianópolis, de de 2014.

ANEXO A - PARECER CONSUBSTANCIADO DO COMITÊ DE ÉTICA

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
SANTA CATARINA - UFSC

**PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP****DADOS DO PROJETO DE PESQUISA**

Título da Pesquisa: PROMOÇÃO DA SAÚDE DE MULHERES IDOSAS INCONTINENTES: PROPOSTA DE UM MODELO PILOTO DE CUIDADO

Pesquisador: Sílvia Maria Azevedo dos Santos

Área Temática:

Versão: 3

CAAE: 33149114.5.0000.0121

Instituição Proponente: Universidade Federal de Santa Catarina

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 766.045

Data da Relatoria: 25/08/2014

Apresentação do Projeto:

"PROMOÇÃO DA SAÚDE DE MULHERES IDOSAS INCONTINENTES: PROPOSTA DE UM MODELO PILOTO DE CUIDADO". Trata-se de uma pesquisa qualitativa do tipo convergente – assistencial, onde utilizará as técnicas de entrevista semi-estruturada, observação e oficinas temáticas. O estudo será desenvolvido no município de Florianópolis, em um Distrito Sanitário (DS) da Secretária Municipal de Saúde.

Objetivo da Pesquisa:

O objetivo primário é propor a fisioterapeutas e enfermeiros a construção de um modelo piloto de cuidado as mulheres idosas incontinentes, de um distrito sanitário de saúde, no município de Florianópolis, com vista à promoção da saúde para o autocuidado.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Segundo os pesquisadores a pesquisa não oferece qualquer risco a seres humanos. Possui natureza educacional, no entanto, não se trata de estudo experimental que venha a colocar em prática qualquer nova intervenção. A pesquisa se orientará e obedecerá aos cuidados éticos colocados pela Resolução nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, considerado o respeito aos informantes participantes de todo processo investigativo, observadas as condições

Endereço: Campus Universitário Reitor João David Ferreira Lima

Bairro: Trindade

CEP: 88.040-900

UF: SC

Município: FLORIANOPOLIS

Telefone: (48)3721-9206

Fax: (48)3721-9896

E-mail: cep@reitoria.ufsc.br

Continuação do Parecer: 766.045

de: consentimento esclarecido, expresso pela assinatura do presente termo; garantia de confidencialidade e proteção da imagem individual e institucional; respeito a valores individuais ou institucionais manifestos, sejam de caráter religioso, cultural ou moral; liberdade de recusa à participação total; amplo acesso a qualquer informação acerca do estudo; os registros, anotações coletados ficarão sob a guarda da pesquisadora principal. Só terão acesso aos mesmos os pesquisadores envolvidos. Benefícios: a relevância desse estudo especialmente pelo mesmo ser desenvolvido na atenção básica de saúde através de um trabalho multidisciplinar utilizando estratégias da educação em saúde. Acredito que seja possível trabalhar de forma mais efetiva a promoção da saúde e o bem-estar das mulheres idosas que sofrem de incontinência urinária. Espera-se que esse trabalho traga contribuições para o cuidado de mulheres idosas que apresentam perda urinária. Estima-se que essas contribuições possam ampliar a qualidade de vida dessas mulheres assistidas, além de contribuírem para construção do conhecimento em gerontologia entre os profissionais da equipe de saúde.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Trata o presente de um projeto de Dissertação de Mestrado do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da UFSC e visa propor a fisioterapeutas e enfermeiros a construção de um modelo piloto de cuidado as mulheres idosas incontinentes em um distrito sanitário de saúde, no município de Florianópolis, com vista à promoção da saúde para o autocuidado; uma pesquisa qualitativa do tipo convergente – assistencial, onde utilizará as técnicas de entrevista semi-estruturada, observação e oficinas temáticas. O estudo será desenvolvido no município de Florianópolis, em um Distrito Sanitário (DS) da Secretária Municipal de Saúde. Os participantes da pesquisa serão todos os fisioterapeutas e enfermeiros que trabalhem na assistência direta aos usuários do Distrito Sanitário de Saúde do Centro. O projeto tem relevância científica, documentação completa e TCLE adequado aos participante, atendendo na íntegra a Resolução CNS nº466/12. Assim, recomendamos a sua aprovação.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Documentação incompleta

Endereço: Campus Universitário Reitor João David Ferreira Lima
 Bairro: Trindade CEP: 88.040-900
 UF: SC Município: FLORIANÓPOLIS
 Telefone: (48)3721-9208 Fax: (48)3721-9898 E-mail: cep@reitoria.ufsc.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
SANTA CATARINA - UFSC



Continuação do Parecer: 766.045

Recomendações:

Não se aplica.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Não foram detectadas pendências ou inadequações neste projeto.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

FLORIANOPOLIS, 26 de Agosto de 2014

Assinado por:
Washington Portela de Souza
(Coordenador)

Endereço: Campus Universitário Reitor João David Ferreira Lima
Bairro: Trindade **CEP:** 88.040-900
UF: SC **Município:** FLORIANOPOLIS
Telefone: (48)3721-9208 **Fax:** (48)3721-9898 **E-mail:** cep@reitoria.ufsc.br